

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Porovnání kvality života klientů rekvalifikačních středisek RS ZP Levoča a
Dědina o.p.s

Comparison of the quality of life amongst clients in retraining centers RS ZP
Levoča a Dědina o.p.s.

Petra Misálová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Lea Květoňová, Ph.D.

Studijní program: Specializace v pedagogice (B7507)

Studijní obor: Speciální pedagogika se zaměřením na vzdělávání — Výtvarná výchova
se zaměřením na vzdělávání

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Porovnání kvality života klientů rekvalifikačních středisek RS ZP Levoča a Dědina o.p.s vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 20.4. 2017

.....

podpis

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování doc. PhDr. Lee Květoňové, Ph.D. za odborné vedení a trpělivost. Rovněž děkuji vedení rekvalifikačních středisek Levoča a Dědina o.p.s. za pomoc při získání potřebných informací a podkladů, zvláště pak PaedDr. Milanovi Richtarčíkovi Ing. za mimořádnou spolupráci v tomto ohledu. V neposlední řadě můj vděk patří všem respondentům, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření.

ANOTACE

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku kvality života osob s těžkým zrakovým postižením, konkrétně klientů dvou vybraných rekvalifikačních a rehabilitačních středisek jakožto jediných zástupců v České a Slovenské republice. Porovnává výsledky výzkumného šetření, ve kterém si klade za cíl analyzovat aktuální kvalitu života klientů s upřímením zejména na oblast přijetí zrakové vady a oblast pracovního života. Cílem praktické části se stalo také zjištění, zda hraje konkrétní rehabilitační středisko jako instituce u klientů roli v jejich momentální kvalitě života a zda je viditelný rozdíl mezi výsledky těchto pracovišť. Uvedenému předchází kapitoly, jež vytváří obecný rámec problematiky kvality života, ucelené rehabilitace a rekvalifikace a těžkého zrakového postižení s jeho teoretickými dopady na kvalitu života jedince. Také seznamuje s aktuální situací vybraných rekvalifikačních středisek, zejména z hlediska poskytovaných služeb a jejich kvality.

KLÍČOVÁ SLOVA

kvalita života, získané zrakové postižení, zraková vada, rekvalifikační středisko, Dědina o.p.s., RS ZP Levoča

ANNOTATION

This bachelor thesis is focused on the issue of the quality of life of persons with severe visual impairment, more precisely of clients of two chosen retraining centres – the only institutions of this kind in Czech and Slovak republic. It compares the results of a research whose aim was to document the current quality of life of the clients, mainly with regards to their acceptance of visual impairment and the impact it has on their working life. The aim of the practical part is to also find out whether the retraining centre as an institution plays an important role in the quality of life of the clients and whether there is a visible difference between the results these two centres attain. Aforementioned findings are preceded by chapters that provide general information about the issues connected to the quality of life, to the rehabilitation and retraining process and to severe visual impairment with its theoretical impact upon the quality of life of an individual. It also familiarises the reader with the current situation of chosen retraining centres, mainly from the point of view of the services they offer and their quality.

KEYWORDS

quality of life, visual impairment, retraining centre, Dědina o.p.s., RS ZP Levoča

Obsah

1.	Úvod	1
2.	Kvalita života	3
2.1.	Vybraná pojetí kvality života	3
2.1.1.	Medicínské pojetí	4
2.1.2.	Sociologické pojetí	5
2.2.	Měření HQOL	6
2.3.	Kvalita života osob se zrakovým postižením	9
2.4.	Kvalita pracovního života a její souvislost se zrakovým postižením.....	12
3.	Rehabilitační a rekvalifikační středisko pro zrakově postižené	16
3.1.	Průběh rehabilitace při zrakové vadě získané	18
3.2.	Kompenzační pomůcky	20
3.3.	Podporované zaměstnávání	21
3.4.	Konkrétní podmínky rehabilitace v důsledku zrakové vady v ČR a SR	22
3.4.1.	Vybraná rekvalifikační a rehabilitační střediska	23
4.	Zrakové postižení	28
4.1.	Klasifikace osob se zrakovým postižením	28
4.2.	Problematika získaného zrakového postižení – psychologické hledisko	31
4.2.1.	Reakce a vyrovnávání se se ztrátou zraku	32
5.	Praktická část.....	34
5.1.	Výzkumné předpoklady.....	34
5.2.	Metodologie výzkumu.....	35
5.2.1.	Dotazník kvality života.....	35
5.3.	Charakteristika výzkumného souboru	36
5.4.	Výsledky studie	37
5.5.	Diskuze vztažena k závěrům dotazníkového šetření	45

5.5.1. Doporučení pro speciálně pedagogickou praxi	48
6. Závěr.....	49
7. Seznam použitých informačních zdrojů	51
8. Seznam příloh.....	55
8.1. Příloha 1.....	55

1. Úvod

Kvalita života je v současné době nedílnou součástí souhrnné charakteristiky každého postižení. A je to právě i vznik znevýhodnění, co této problematice zaručuje její nepostradatelnost na poli výzkumu v pedagogických vědách, nakolik se díky ní zajišťuje srovnání důsledků možných omezení a v neposlední řadě zaznamenání psychických problémů z nich vyplývajících, jakožto podskupiny této problematiky, a tedy kvality života vztahující se ke zdraví. Ne však každá osoba s postižením vnímá svou kvalitu života jako sníženou, což také pomáhá dotvořit obraz o důležitosti měření jakožto subjektivního vyjádření samotných zmiňovaných osob, které jsou v současných tendencích považovány za středobod pedagogických disciplín.

Předkládaná bakalářská práce zkoumá z pohledu typu postižení rozmanitou vzorku osob, zejména v souvislosti s její specifikací na klientelu dvou vybraných rehabilitačních a rekvalifikačních středisek se zaměřuje na osoby se získaným zrakovým postižením a těžkým vrozeným zrakovým postižením. Fenomén získaného zrakového postižení se sebou nese kromě změn vizuálně patrných i mnohé náhlé psychické změny související s každodenním životem, ale také dlouhodobou úroveň sebepojetí. V případě klientů rekvalifikačních středisek se psychická nevyrovnanost týče i druhé zkoumané skupiny, a tedy osob se zrakovým postižením vrozeným, i když jejich pobyt zde není jen výsledkem neúspěchu v pracovní oblasti či neschopnosti celkového samostatného života.

Cílem práce je analýza současného stavu kvality života klientů vybraných středisek na území České republiky a Slovenské republiky a její porovnání realizované pomocí dotazníkového šetření. Také si práce klade za cíl posouzení, jakou roli sehrává rehabilitační středisko jako instituce v současné kvalitě života jeho klientů, realizováno opět i formou srovnání.

V první části se nachází definování pojmu kvality života a různých pojetí odborníků na tento fenomén. Také se zde nachází nástin vývoje problematiky a vybrané možnosti užívání jejího měření. V neposlední řadě práce v této souvislosti obsahuje spojení kvality života s oborem speciální pedagogiky a konkrétně i zrakovým postižením.

Další část práce se zaměřuje na otázku možností sociální a pracovní rehabilitace a také rekvalifikace těžce zrakově postižených na území České a Slovenské republiky a vymezení konkrétních vybraných středisek z hlediska jejich zaměření, kapacity, vybavení, personálního zastoupení a podobně.

Následně teoretickou část práce uzavírá seznámení s problematikou získaných zrakových vad a těžkého postižení zraku v spojení s jejími důsledky.

V části praktické je obsaženo výzkumné šetření sestaveno na základě kompilace standardizovaného dotazníku kvality života a autorských dotazů přibližujících aktuální podmínky na vybraných pracovištích se snahou o co nejpřesnější zaznamenání subjektivní spokojenosti klientů zejména v oblasti pracovní, či v hodnocení vybraných rekvalifikačních středisek v oblastech definovaných v teoretické části práce.

2. Kvalita života

Kvalita života je jako pojem obsahem vícero vědních disciplín, což způsobuje zvyšování zájmu o tuto problematiku, kdy tato tendence přetrvává až dodnes (Gullone, Cummins, 2002; Ludíková a kol., 2012). Je tedy možné termín vymezit dle různých hledisek a jeho multidimenzionalita tak zabraňuje jednoznačné definici jako celku.

Historie pojmu „kvalita života“ (quality of life – dále jen QOL) sahá do dvacátých let minulého století, kdy se pojí s ekonomickým vývojem, přesněji se o něm zmiňuje anglický ekonom A. C. Pigou ve své práci *Ekonomie blahobytu*, kde zachytává diskuzi o vlivu státních dotací na kvalitu života chudší vrstvy společnosti. Dále po odmlce několika dekád však pojem expanduje také do oblastí politické v šedesátých a sociologické v sedmdesátých letech, kdy proběhl i jiný historický milník tohoto pojmu, a tedy první celoplošný výzkum kvality života obyvatelstva Spojených států amerických se snahou o vnesení subjektivity do této problematiky skrze hodnocení samotných obyvatelů, pořád však ve spojení s objektivními indikátory podobně, jak je tomu dnes při vytváření kombinovaných dotazníků kvality života (Payne a kol., 2005).

Avšak skutečný rozmach se problematice dostává až v posledních letech minulého století, kdy subjektivní hodnocení přebírá trend původního záměru čili záležitosti rýze objektivní a jeho cílem je měřitelnost hodnoty štěstí a spokojenosti (Heřmanová, 2012). Tento psychologický přístup lze definovat i úrovní osobní pohody nebo spíše smyslu života (tzv. well-being), vnímané jako dlouhodobý emoční stav s „...*životním stylem a podmínkami, v nichž lidé žijí, pocit naplnění nebo uspokojení, pramenící z faktorů vnějšího prostředí.*“ (Kučera in Křivohlavý, Šolcová a kol., 2004, s. 108). Je však opět nemožné celistvě definovat vztah kvality života k well-being, jelikož v současné době můžeme v tomto vztahu vyzorovat až čtyři hlavní směry, od jejich úplné shody až po ztrátu spojení významů těchto proměnných. (Ludíková a kol., 2012).

Definice kvality života je tedy už dle svých vývojových tendencí zachytitelná spíše na úrovni jednotlivých autorů, kdy opět můžeme vyzorovat spojitost s pojmem osobní pohody a také návaznost na příslušný vědní obor. Proto je v práci zahrnujeme přímo v rámci jednotlivých pojetí kvality života v následujících podkapitolách.

2.1. Vybraná pojetí kvality života

Koncept kvality života má své úskalí v jeho abstraktnosti a jako synergická kategorie v současnosti zahrnuje mnohé vědní disciplíny (Adámek, Němec, 2007). Vzhledem k výše

uvedeným moderním tendencím se problematika rozšiřuje ve vícerych nových oblastech, přičemž za nejzákladnější tendenci posledních desetiletí je považováno spojení pojmu se sociologií, enviromentalistikou a v neposlední řadě medicínou (Ludvíková a kol.,2012).

2.1.1. Medicínské pojetí

V spojení s tématem práce se naše pozornost nejvíce zaměřuje na přístup medicínský neboli spíše na spojení pojmů kvality života a zdraví, jelikož to se stává nevyhnutnou součástí hodnocení zdravotné péče, respektive jejich výstupů.

Zdraví je dle WHO definováno jako „*stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, a nikoliv pouhou nepřítomností nemoci.*“ K tomuto tvrzení se přiklání i řada dalších odborníků, avšak obecně se na teorii zdraví díváme skrze vícere pojetí od holistického, kdy se zdraví jeví jako zdroj energie duševní i fyzické, přes humanistické jakožto energie metafyzické pro dosahování vyšších cílů a mnohé další, dané uhlem pohledu na samotný pojem jako zdroj síly, dobré fungování, ideál až po zboží neboli schopnost medicíny zajistit ideální stav bez aktivity člověka v roli pacienta (Kebza, 2005).

Spojení pojmu se zdravím přivádí odborníky k jeho úplnému oddělení jakožto nové samostatné oblasti „Health-Related Quality of life“ neboli „kvalita života týkající se zdraví“ (Ludvíková a kol.,2012), jako kategorie s možností užívání na úrovni jedince i skupiny, až celé populace (Rapley, 2003). Pro vymezení oblasti v kontextu tendencí subjektivního nebo objektivního přístupu se model medicínský přirozeně řadil k proudu objektivnímu na základě pojmu zdraví jako sledovatelného a měřitelného problému. I tady se podepsal fenomén konzumní společnosti, a tedy pocit možnosti vlastnictví všeho, zdraví nevyjímajíc. Až definice od Světové zdravotnické organizace, která ji vymezuje „*jako jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotovém systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám*“ (Vandřurová, Mühlpachr, 2005, s.11) se při kvalitě života bere v potaz subjektivní pocit životní pohody. Touto tendencí se problematika přibližuje k samotnému jedinci a jeho individuálnímu hodnocení, o čemž svědčí i její hlavní oblasti a to fyzická, psychologická, sociální a duchovní (Gabalec, 2007). Možnosti medicíny se tedy nemůžou úměrně srovnávat s kvalitou života. A je to právě medicína, na kterou se kladou nároky ohledně jasného vytyčení vývoje kvality života jako následku trendu prodlužování délky života pacientů, poněvadž způsobuje její výrazné snížení (Vandřurová, Mühlpachr, 2005). Stejně tak se kvalita života vztahená ke zdraví nedá zaměnit za její obecnou rovinu, a tedy pojem kvalita života. Ten je ve vztahu nadřazeném a slouží jako pojem zastřešující, od kterého se ke vztahu

se zdravím odkláníme vždy při zkoumání kontextů systémů poskytování zdravotní péče (Mareš a kol., 2006).

Při současné situaci se zájmem o subjektivizaci a individualizaci se, jak jsme již naznačili, i navzdory překvapivým pokrokům všech oblastí medicíny nezaručuje stoupající tendence kvality života týkající se zdraví. Je to jen další z úskalí tohoto fenoménu, jelikož každý člověk svou zdravotní situaci hodnotí dle vlastních kritérií a pohled na ní jednotlivec může vnímat různě v závislosti od celkové životní situace.

2.1.2. Sociologické pojetí

„Náš život je tím, co z něj udělají naše myšlenky.“ Marcus Aurelius

Pojetí sociologické se od předešlého medicínského a také od počátečního ekonomického liší jeho jednoznačnou inklinací k subjektivnímu obsahu sdělení jako protikladu ke kritériím materiální úspěšnosti v souvislosti s konzumním způsobem života.

Úzce související jsou pojmy potřeba, s jeho pravděpodobně nejznámější demonstrací amerického psychologa Maslowa, a hodnota, jako jev s jednoznačným vplyvem na konání a existenci člověka (Ludíková a kol., 2012). V kontextu nastíněného vývoje problematiky od problému objektivního po dnešní měření subjektivního pocitu spokojenosti s objektivními prvky života, se role hodnot zdá nepostradatelnou díky svému silně individuálnímu charakteru. Vyjadřujeme nimi totiž svoji vnitřní integritu i míru spojení se sociálním systémem naší společnosti (Svobodová, 2006).

Pojetí sociologické se snaží o nalezení adekvátních parametrů pro měřitelnost smyslu bytí, existence. Pro každého z nás je ale smyslem našeho jednání, respektive našeho života celkově, jiná kombinace faktorů, a proto se i na poli sociologických výzkumů setkáváme s odlišnými názory na definici kvality života.

K definicím tohoto charakteru se v kontextu Maslowovy pyramidy potřeb nabízí ta uvedená Zelinkovou (2007), a tedy že pod kvalitou života rozumíme rozdíl mezi lidskou nadějí a očekáváním a současným životním stavem. Velice podobně nad pojmem kvality života uvažuje Svobodová (2006), jež jí definuje jako problematiku určenou významem životních domén a jejich následným naplněním. Další skupina odborníků se přiklání k názoru nemožnosti měření v této oblasti, kdy její jednotlivé složky jako indikátory kvality života lze vyjádřit kvantitativně, avšak samotná kvalita života je vnímaná jako obraz myšlenek bez zastoupení obrazu fyzického (Murgaš, 2012). K tomu se staví v protikladu Heřmanová (2012), kdy udává,

že za pomoci dnešních sociologických výzkumů je možná objektivní analýza subjektivního prožitku.

Existují mnohé indikátory kvality života. Veenhoven (in Vaňurová, Muhlpachr, 2005) uvádí jednu jejich skupinu s označením sociální činitele, zahrnující „*materiální bohatství, životní standard, ochranu osob, svobodu, sociální rovnost, kulturní klima, sociální klima, populační tlak a modernizaci.*“

Se změnou společnosti přímo úměrně přicházejí i změny v lidských hodnotách a tím nastává i nezadržitelný vývoj indikátorů kvality života zejména v jeho sociologickém pojetí. Je přirozené, že se dokážeme shodnout na některých zásadních činitelích ovlivňujících naše životy, avšak tendence rozvoje pojmu kvality života jenom naznačují, že nemá smysl ho scelovat v jedno, nýbrž dbát na jeho funkčním využití v spojení s individuálním měřítkem. Je totiž také zcela přirozené, že jakékoliv stanovené činitele jsou jenom vodítkem a jestliže je za zásadní považuje většina, nemusí to platit u celé populace či zkoumané skupiny. Jako příklad zde poslouží obecně důležitý faktor víry a náboženství, který kvalitu života staví do nadreálných výšin skrze jeho hodnoty. Pro věřící se může jednat o indikátor zcela prvořadý, kdy vše ostatní je tomuto faktoru podřazené a ve své podstatě nedůležité, u lidí bez náboženského vyznání pak kvalitu života nemusí ovlivňovat ani v nejmenším. (Svobodová, 2006).

2.2. Měření HQOL

Na kvalitu života v spojení se současnými tendencemi můžeme nahlížet jako na rozdíl mezi očekávaným a reálně dosaženým. Šetření zahrnující objektivní parametry ve smyslu položek hlavních oblastí života ve spojení se zdravím nám odhaluje důvody zabraňující dosažení nejvyšší kvality života skrze jejich individuální emocionální prožívání a následné porovnání těchto dvou složek (Libingerová, Müllerová, 2000). Na takto postaveném principu ale nefungují všechny modely kvality života spojené se zdravím. Některé šetření zastávají dodnes pojetí ryze objektivní, avšak ve spojitosti s naší prací pokládáme za nejrelevantnější právě způsob zahrnující myšlenku dnešního pojetí problematiky, a tedy měření kombinované.

Dle dělení Křivohlavého (2002) můžeme měření kvality života rozdělit na následující pojetí v závislosti na jeho definici autorů zabývajících se touto problematikou:

I. Metody, u nichž kvalitu života hodnotí druhá osoba

Nejčastěji vystihují fyziologický stav pacienta, respektive míru onemocnění, přičemž některé dosahují až úrovně zachycení celkového stavu pacienta jako

komplexního vystižení momentálního stavu či spojení s dalšími sférami života jakými jsou schopnost pracovat nebo udržovat sociální vztahy s okolím. Uvedené metody zpravidla stanovuje lékař (Křivohlavý, 2002).

- APACHE II – Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System neboli Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu
- PSI – Karnofskyho index neboli Performance Status Index
- VAS - Visual Analogous Scale neboli Vizuální škálování celkového stavu pacienta
- Symbolické vyjádření kvality života
- NHP – Nottingham Health Profile neboli Nottinghamský profil zdraví
- Kritéria kvality pacientova života dle W.O. Spitzera
- SIP – Sickness impact profile
- MOS-SF – medical outcome study – short form 36
- DRS – Distress and Disability Rating Scale neboli Posuzovací škála stresu a neschopnosti
- MHIQ – McMaster Health Index Questionnaire

II. Metody, u nichž kvalitu života hodnotí samotná zkoumaná osoba

Jedná se o způsoby hodnocení ryze subjektivní, což zamezuje odklonu příslušného měření od pro pacienta podstatně nejdůležitějších dimenzí života, které představuje vysoké riziko při metodách určujících dimenze externě, jak jsou uvedeny výše. V návaznosti na již zmiňované v předešlých částech práce, důležitá je tady zejména spokojenost pacienta, jeho tzv. well-being (Křivohlavý, 2002).

- SWLS- The Satisfaction with Life Scale neboli Stupnice spokojenosti se životem
- SEIQoL – Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life neboli Systém individuálního hodnocení kvality života
- SQUALA – Subjective Quality of Life Analysis neboli Analýza subjektivní kvality života

III. Metody smíšené

Jako kombinace výše uvedených metod vzniká snaha o komplexní zachycení kvality života, jež poskytuje nejucelenější obraz o reálné životní situaci jednotlivce v tomto kontextu. Výsledky měření mají za cíl efektivní zaměření se na pomoc a péči danému jedinci (Křivohlavý, 2002). Sledujeme při nich pacientovu spokojenost se svým životem z hlediska samostatně vytvořeného, a tedy individuálního řebříčku hodnot, jak

je tomu v metodách čistě subjektivních, s tím rozdílem, že metoda kombinovaná zahrnuje spojení s předem jasně definovanými dimenzemi života.

- MANSA – Manchester Short Assessment Quality of Life neboli Krátký způsob hodnocení kvality života vypracovaný Univerzitou v Manchesteru

Jelikož pro naši práci je klíčové zachycení základních životních dimenzí ve spojitosti se spokojeností klientů rehabilitačních a rekvalifikačních středisek, dotazník užitý v praktické části práce vychází ze standardizované podoby SQUALA, přičemž je doplněný o otevřené otázky související s aktuálním místem pobytu či návštěv klientů a jejich spokojeností s touto situací. Hodnotíme tak dotazník jako vyhovující z hlediska současného pojetí modelů kvality života a vzhledem k jeho otevřené části, obsahující také prostor pro jakékoliv doplňující poznámky či připomínky, jako verzi příklánějící se ve výsledku spíše k metodě smíšené. Toto tvrzení upevňuje i definice smíšených metod měření uvedena výše.

Dotazník SQUALA zachycuje subjektivní pohled člověka na svou životní situaci, a to tak, že hodnotí, nakolik je člověk spokojen či nebo nespokojen s oblastmi života, které sám považuje za důležité. Českou verzi připravila E. Dragomirecká et al. (dostupné z: <http://profeseonline.upol.cz/pdfs/pol/2014/01/01.pdf>, 2014)

Při měření kvality života v souvislosti se zdravým se zachovávají zásadní parametry uváděné i při měření celkovém, samostatní část, sestavená pak čistě pro tyto specifické potřeby, se zabývá vlivem postižení z hlediska fyzického stavu a vazbami na kvalitu celkovou (Ludíková, 2014).

Obecně platí, že nejužívanější formou měření kvality života je dotazníkové šetření. Dalšími prostředky jsou rozhovor nebo pozorování či posuzovací stupnice. Při výběru formy ale také metody samotné zohledňujeme zejména vhodnost z hlediska zkoumaného vzorku a zaměření naší pozornosti na konkrétní oblast kvality života, respektive její pojetí jakožto cílu výzkumu.

Při vyhodnocování je ve všech případech pak dle Vad'urové a Mühlpachra (2005) nutno zachovat sedm zásad, a to konkrétně popis účelu hodnocení, popis zkoumaného vzorku, konceptualizace závěrů kvality života, výběr nástroje pro její měření, provedení pre-testování, respektive pilotních studií, shromáždění dat a analýza získaných závěrů.

2.3. Kvalita života osob se zrakovým postižením

Poslední roky přinesly pojem kvalita života také do oblasti speciálního vzdělávání a zdravotní péče, kdy se měření obrací ke znevýhodnění osob se speciálními potřebami ve srovnání s majoritní populací (Ludíková, 2012). Měření se stávají přínosem pro hodnocení kvality poskytované péče v celé její délce a rozsahu, uplatňující jak objektivní, tak subjektivní parametry. Obecným cílem spojení kvality života s oborem speciální pedagogiky je umožnění samostatného aktivního života, zpřístupnění možností užití kompenzačních prostředků, speciálních postupů reedukace i rehabilitace a zajištění spokojenosti osob se zdravotním postižením (Kula, 2006). Tento záměr lze aplikovat i na konkrétní typ postižení nímž se práce zabývá a stejně tak na specifickou skupinu klientů použitých jako vzorek pro měření v praktické části práce.

Zdraví patří k nejzákladnějším lidským hodnotám, a tedy i indikátorem kvality lidského života. Smyslové postižení se sebou nese i výrazné odklonění od tohoto ideálu a skrze četná omezení dochází k uvědomění si té které vady v absolutní míře. Postižení zrakové, jako nejzávažnější v souvislosti s přijímáním informací, přináší problematice kvality života specifickou řadu problémů, se kterými se opět o malou část mění význam tohoto obsáhlého pojmu a se kterou se musí vyrovnat především v oblasti jejího měření. Jak řekla Helen Kellerová: „*Blindness cuts us off from things, but deafness cuts us off from people.*“ z čehož krom jiného vyplývá, že každé postižení má své specifika, přičemž zrakové spočívají zejména v narušení vztahů s okolitým světem na úrovni orientace v prostoru a s ní spojenými důsledky.

Do problematiky zrakového postižení zahrnujeme četné vady zraku, či už vrozené nebo získané v průběhu života, jak uvádíme v následujících kapitolách týkajících se charakteristik jednotlivých onemocnění. Avšak bez jakékoliv klasifikace můžeme říct, že v kontextu kvality života osob se zrakovým postižením je zapotřebí zanechávat pojmu jeho multidisciplinární rozměr, jelikož je v praxi nutná spolupráce vícerych odborníků počínaje očním lékařem, zrakovým terapeutem, skrze psychologa a sociálního pracovníka až po speciálního pedagoga a instruktora specifických dovedností, který zajišťuje prostorovou orientaci, samostatný pohyb, sebeobsahu apod. (Jesenský a kol. 2007).

Jako důležitý parametr při hodnocení zrakového postižení vnímáme jeho míru neboli rozsah poškození vidění – poškození zrakové ostrosti a zrakového pole, které se může nejzásadněji projevovat i v kvalitě života společně s parametrem estetické stránky postižení. Co jednoznačně ovlivňuje hodnocení zrakového postižení v kontextu kvality života je etiologie

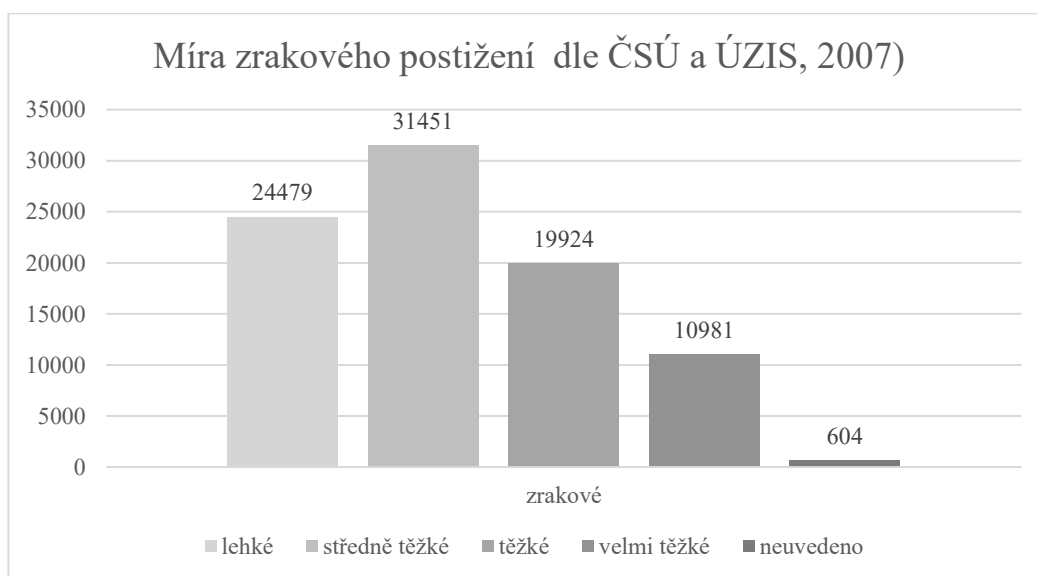
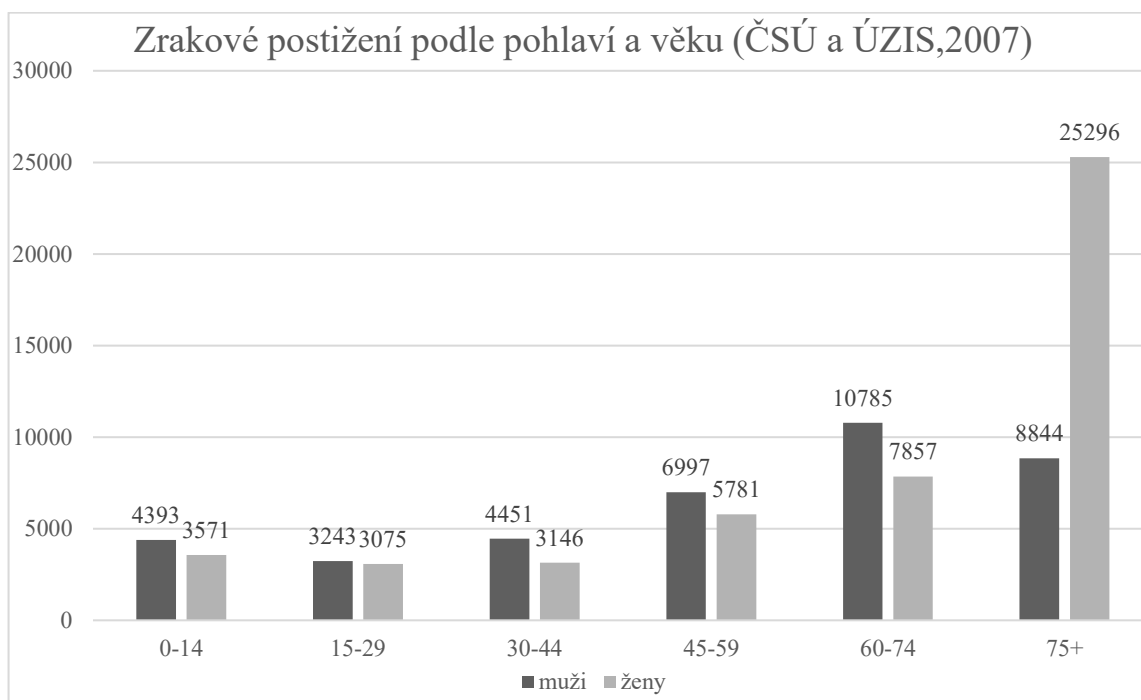
postižení, věk těchto osob a etapa života, kdy k vadě zraku došlo anebo docházet začalo, v souvislosti s její náročností na psychiku. Znamená to, že pravděpodobně čekáme větší přijetí postižení u lidí s vadou vrozenou nežli při postižení vzniklém v průběhu života. Avšak ani v tomto případě nemůžeme generalizovat, poněvadž jak již zmiňujeme výše, každý z nás vnímáme svět jiným způsobem a stejně tak subjektivně pohlížíme i na vlastní tělo, jeho nedokonalosti funkční i estetické. I když při vrozeném postižení můžeme předpokládat lepší adaptabilitu na vnější podmínky, mínusem v porovnání s postižením získaným sledujeme omezení některých specifických částí vývoje jako je snížená aktivační úroveň, zpomalení pohybového vývoje a podobně (Ludíková a kol., 2014).

Je však zcela zřejmé, že při akceptaci svého postižení jsou reakce odlišné ve věku předškolním, pubertálním, produktivním či seniorském. Stejně tak na přijetí působí nejbližší okolí, výchova, pohlaví, životní styl, etnikum, vyrovnávání se se stresem a osobnostní charakteristiky jedince (Vandurová, Mühlpachr, 2005). V neposlední řadě se kvalita života pozitivně mění při užívání kompenzačních pomůcek či přístrojů při rehabilitaci i každodenních činnostech v souvislosti se získáváním jinak nedosažitelných informací, usnadněním komunikace s intaktní společností a podobně (Jesenský a kol. 2007).

Dle Mezinárodní klasifikace fungování, postižení a zdraví (ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health), 10. revize, je postižení problémem v první řadě společenským, a proto se jeho akceptace střetává s negativními prožitky ve všech oblastech každodenního života, jinými slovy, jsou to hodnoty a kritéria společnosti, co osobu se zrakovým postižením stavějí do pozice související i s případně sníženou kvalitou života. Změnou společnosti, respektive její schopnosti úpravy podmínek pro osoby se zrakovým postižením například ve smyslu přizpůsobení ubytování či umožnění rekvalifikace, se může docílit souladu neboli harmonické začlenění tak potřebné pro lidskou existenci. Součástí participace dle ICF je také zapojení v oblasti sociálních vztahů, domácího života a pomoci druhým, vzdělání, práci a zaměstnání, ekonomickém životě, společenském, sociálním a životě občanském. (Vandurová, Mühlpachr, 2005)

Kontext kvality života se v spojení se zdravotně postiženými osobami týká přibližně 10 % populace, kterých postižení definujeme jako stav trvající dobu delší než jeden rok, přičemž tento stav svým druhem nebo rozsahem způsobuje omezení až znemožnění společenského uplatnění. (Novák, Kalnická, 2008) Pro přiblížení nepostradatelnosti jeho zastoupení na celkové koncepci kvality života a představení konkrétních údajů v spojitosti se zrakovým postižením uvádíme statistické šetření uskutečněné v České republice (2008), jako historicky

první se zaměřením na osoby zrakově postižené, v tabulce a diagramech níže. Uvedené údaje jsou výběrem z šetření týkající se zrakového postižení v kontextu míry postižení, pohlaví a věku.



upraveno dle *Šetření zdravotně postižených osob zaplnilo další bílé místo na mapě české statistiky* (Novák, Kalnická, 2008), dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/file/ecee/u/knihovna/3385/zdravotne-postizeni.pdf>

Z následujícího vyplývá, že výskyt postižení zraku je specificky rozdělen v jednotlivých stádiích vývinu jedince, což může způsobovat jeho různé přijetí a posléze různou subjektivně vnímanou kvalitu života. Konkrétně z grafu 1 vyplývá stoupající tendence vztahu věku a výskytu postižení. Stává se však právě zejména problémem lidí v produktivním a

postproduktivním věku cítit se ve společnosti plnohodnotně, v důsledku reální situace v těchto dvou zemích, zejména v oblasti pracovní, či v oblastech ekonomické nebo sociální. Je totiž nutné přiznat, že legislativní ukotvení, postoj majoritní společnosti a z něj vyplývající kroky nejsou zcela vyhovující. Bohužel tyto projevy jakožto zdroje neboli objektivní parametry kvality života mají negativní dopad na prožívání subjektivní reality (Ludíková a kol., 2012).

Častá sociální izolace vzniká v důsledku nesamostatnosti v oblasti pohybu, nedostatečné orientace či v možnostech kompenzace (Jesenský a kol. 2007). U osob se zrakovým postižením dochází k pasivitě a tím se kvalita života přirozeně snižuje. Je tedy do velké míry i na intaktní společnosti, jak její vzrůst podpoří. Avšak aktivita je nutná také ze strany samotného jedince. Nejen zamezení negativního vnímání svých omezení, respektive vyrovnání se s nimi, ale také účast na setkáních v různých klubech, kroužcích, kde se kromě nových kontaktů mezi skupinou osob se zrakovým postižením dostává řada zejména na poskytování informací o výše uvedených možnostech zlepšování své kondice v oblasti pohybu, zrakové orientace, paměti, jsou efektivním zlepšením aktuální kvality života osoby s těžkou vadou zraku. Tento bod je důležitý zejména pro osoby se zrakovým postižením získaným v průběhu svého života, kdy cílená aktivita a spolupráce v týmu dokáže i z často se vyskytující původní nechuti k práci na sobě samém vytvořit v jedinci pocit naplnění a spokojenosti, který se významně zrcadlí v kvalitě života.

2.4. Kvalita pracovního života a její souvislost se zrakovým postižením

V následující podkapitole se kromě samotného vymezení pojmu kvalita pracovního života chceme vyjádřit k jeho důsledkům, prioritně v souvislosti s osobami zrakově postiženými ale i ozřejmit pozadí pojmu jako určitého problému. V této spojitosti uvádíme již vzpomínané pojmy hodnota a potřeba, také termíny motivace pracovního jednání, diskriminace a integrace.

Kvalita pracovního života je vnímána jako zastřešující pojem pro zkoumání tělesné a duševní pohody zaměstnanců, kdy se odlišuje od pojmu pracovní spokojenost (Sirgy et al., 2001), z důvodu ovlivňování subjektivní kvality života neboli spokojenosti ve všech jejích oblastech, včetně zmíněné spokojenosti pracovní jako výsledku vlivu pracoviště a pracovních podmínek. V spojitosti s naší prací je nutno dodat, že i dlouhodobá ztráta práce ovlivňuje celkovou kvalitu života, a tedy všechny její oblasti (Němec, Adámek, 2007).

Je otázkou té, které společnosti či spíše kultury, jak vnímá problematiku práce neboli v širším pojetí pracovní činnosti. V Amazonii považují práci za nutné zlo, v Evropě si práci

ceníme a nezaměstnanost se prakticky rovná neštěstí (Nakonečný,1992). Nezaměstnanost jako dlouhodobý problém států Evropské unie se prakticky projevuje v nerovnováze a diskriminaci na trhu práce. Kromě diskriminace otevřené, vzniklé na základě neslučitelnosti dovedností a schopností člověka s charakterem a náplní práce, zahrnuje problém i formy latentní či skryté, které znemožňují přístup na trh práce národnostním menšinám, zdravotně postiženým, ženám. Problematika zrakového postižení, bezpochyby spadá do uvedené kategorie, což vnímáme jako jeden z nejdůležitějších faktorů ovlivňující kvalitu pracovního života. Platí tady pak obecná rovnice, že hůře placené práce nebo práce vyžadující nižší kvalifikaci způsobují u jedince pokles sebedůvěry, kterou si pak v lepším případě vynahrazuje orientací na jiné životní hodnoty a staví je do popředí (Němec, Adámek,2007).

Když kvalitu pracovního života definujeme spojitostí s pojmy vysoká úroveň pracovní spokojenosti, pocit zdraví duševního i fyzického a delší životní vyhlídka, můžeme nízkou kvalitu pracovního života spájet s problémy tělesnými i emočními, konkrétněji s nízkým pocitem well-being, životním uspokojením, zkráceným výhledem života, únavou ale také se srdečními potížemi, vředy a podobně. Jako další důsledek vyvstávají problémy zaměstnanecké na vícero úrovních a také problémy jedince s adekvátní produktivitou (Němec, Adámek,2007).

Práce, jakožto zdroj společenských hodnot duchovních i materiálních a prostředek uspokojování většiny potřeb, je podmínkou veškerého lidského života ve společnosti (Nakonečný,1992). Pociť začlenění, uznání nebo odměnění dodává nejen sociální kontakty v rámci určité skupiny. Díky práci se jedinec stane také součástí společnosti, přičemž tyto skutečnosti zajišťují prostor jeho seberealizaci, která spolu s nimi poskytuje jádro neboli jakousi velikost oblasti pracovního života a jejího následného přetavení do kvality života obecně.

„Motivovat někoho znamená působit na něho s cílem změnit jeho jednání.“ (Kohl in Nakonečný, 1992). Práce sama přináší pro člověka mnohé důsledky – mzdu, přátelské vztahy, uvědomování si vlastní výkonnosti a jiné – a každý z nich získává motivační účinnosti k práci. (Nakonečný, 1992) Dle M. Argyle (1999) lze jako motivy k pracovní činnosti vnímat zprostředkování zajištění existence, nalezení naplňující činnosti samé o sobě nebo navázání sociálních interakcí. Na jejich základě je možné budovat pracovní motivaci a v návaznosti na to zlepšovat kvalitu pracovního života.

K otázce motivace pracovního výkonu se v spojitosti s výzkumy v této oblasti pojí také monografická práce A. Jurovského (1980) o vztahu osobnosti k práci z psychologického

hlediska. Konkrétněji se autor věnuje například adaptaci člověka na práci a spokojenost s tím spojenou, postojům vůči práci, identifikaci s ní, psychickému prožívání výdělků a také otázce motivace. Uvádí pak seznam nejvýznamnějších zastoupených motivů – sebeuplatnění neboli výkonnost, sociální vztahy, hmotné aspekty práce a poslední, neoznačený, zahrnující osobnostní vztah člověka k práci, spokojenost s ohledem na rodinné potřeby, bezpečí, adekvátní náročnost práce a její společenskou hodnotu (Nakonečný, 1992).

Dle European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2002) lze zlepšení kvality života dosáhnout skrze získání jisté kariéry, zachování zdraví a well-being, rozvíjení kvalifikace a kompetencí v rámci své pracovní činnosti a v neposlední řadě sladění pracovního a mimopracovní života.

Avšak stejně tak jako děti, které si ve škole prošli neúspěchem, i výskyt postižení způsobující omezení pracovní činnosti či nutnost rekvalifikace přináší pokles sebevědomí a s tím související pokles aktivity, jako preventivního opatření před pocitem porážky (Sears in Nakonečný, 1992). Snížená aktivita znamená také nefunkční motivaci a z tohoto pomyslného kruhu je často možné se dostat jen ve spolupráci s odborníky. Jelikož má pracovní motivace povahu systémovou, tj. pracovní motivy jsou propojeny s již funkčními motivy v životě jedince, spolupráce probíhá zkoumáním nejen oblasti pracovní ale prakticky oblastí všech, kdy sledujeme jedincovu spokojenost, a tedy subjektivní rovinu kvality života.

Aktuální situace ve společnosti předcházejícímu tvrzení jenom nahrává. I když se intaktní společnost v oblasti integrace postižených vyvíjí kupředu, i v dnešní době dochází k tisícovým selháním. Jsme ochotni přijmout postižené jako objekt dobročinnosti snáz než jako partnery občanského soužití se svými specifickými potřebami ale také potencemi. Vážnou chybou je vnímání lidí s postižením v rámci pracovní oblasti skrze jejich nedostatky, neschopnost nebo schopnost sníženou místo důrazu na přednosti, schopnosti uchované. A i když se upravené možnosti na trhu vyskytují více než v minulosti, v postojích kolegů, zaměstnavatelů či společnosti jako celku se ještě vždy nezřídka zrcadlí zpátečnické myšlenky bránící integraci v její plné míře tak, aby po stránce sociální zcela vyrovnala možnosti spokojenosti s kvalitativními parametry pracovního života (Jesenský, 1995).

Lze pak stanovit dva obecně platné cíle funkční už několik desetiletí, a tedy uplatnění osob se zdravotním postižením na trhu práce jako rovnocenných partnerů a využití jejich zbývajících pracovních schopností v dosažení vlastního výdělků jakožto zvýšení hmotné a kulturní úrovně. Jinými slovy jde o zamezení pasivity ze strany státního zřízení formou poskytování možností podporovaného zaměstnávání, také aktivitou z řad majoritní společnosti

skrze neziskové organizace a jejich spektrum podpory pracovní oblasti až po skoncování s pasivitou u samotných jedinců formou motivace k pracovní činnosti jako protikladu ke spoléhání se na systémové zabezpečení formou invalidních důchodů.

Zrakové postižení je v souvislosti s výše zmiňovanými obecně stanovenými problémy zdravotního postižení vnímané jako výrazně diferencované, a tedy těžko jako celek uchopitelné v problematice pracovní činnosti. Jednotlivci se liší svými schopnostmi, nadáním, zájmy. Proto se osoby se zrakovým postižením logicky uplatňují v povoláních vyžadujících různý stupeň kvalifikace.

Nabídka práce zrakově postižených v průběhu života je navzdory tomu značně omezená, ne však pro nedostatečnou péči státu nebo společnosti, nýbrž charakterem postižení jako takého, respektive z něho vyplývajících skutečností. Na základě konkrétní diagnostiky se může po absolvování rekvalifikačního pobytu jedinec vrátit do práce původní anebo získat kvalifikaci na práci méně náročnou vzhledem k jeho nově vzniklému postižení. Konkrétními možnostmi se budeme zabývat v následující kapitole o systéme služeb podpory v pracovní oblasti pro zrakově postižené.

3. Rehabilitační a rekvalifikační středisko pro zrakově postižené

„Bože, dej mi dost odvahy, abych dokázal změnit věci, které změnit mohu.

Dej mi dost pokory, abych dokázal přijmout věci, které změnit nemohu.

A dej mi dost moudrosti, abych je od sebe dokázal odlišit.“ Thomas Moore

Pobyt v rehabilitačním a rekvalifikačním středisku je u jedince se zrakovým postižením důsledkem vážných životních změn, které se zákonitě odráží v kvalitě jeho života, a proto je v kontextu naší práce nutné sledovat zejména jednotlivé složky rehabilitace komplexní (ucelené) v souvislosti s psychikou jedince, a tedy vypořádávání se s nově vzniknutými životními podmínkami.

Rehabilitace jako procesy znovu uschopňování při nerozvinutí, ztrátě či poškození schopností člověka se dlouhou dobu zaměřovala jenom na obnovení poškozených funkcí organismu. Toto pojetí ustoupilo až v padesátých letech, kdy se s pojmem začali spájet i aspekty společenské a výchovné, konkrétně správné společenské zařazení osoby postižené (Lesný, 1962). Trend pak v bývalých socialistických zemích směřoval k co nejoptimálnější a nejrychlejší resocializaci osoby postižené. V současné době se již tento termín neužívá, avšak myšlenka, kterou následně zdůraznila WHO ohledně nazírání na rehabilitaci jako na celospolečenský problém je zachována dodnes jakožto výraz humanity té dané společnosti (Jesenský, 1995). Předcházením pasivity podporovanou integrací jedince skrze prostředky rehabilitace v její nejširším pojetí se nejenže zabezpečí jisté pracovní či obecně společenské místo pro osoby s postižením, ale dochází k zamezení důsledků této závislosti na druhých, čímž se zajišťuje i alespoň teoretická podpora subjektivní roviny prožívání dopadů toho kterého postižení na člověka v konkrétních životních situacích.

Ucelenou rehabilitaci shrnuje ve své knize J. Jesenský (1995), kdy definuje její složky na rehabilitaci léčebnou, sociální, pracovní a pedagogickou. Dále sem autor zařazuje obnovení rozvoje funkcí, osobnosti, sociálně kulturního potenciálu a potenciálu pracovního.

Snad myšlenka blízká výroku R. Hetzera (Jesenský, 1995), která vyvrací automatické uplatnění odborně kvalifikovaných osob na trhu práce, se stala počátkem úvah o nutnosti ucelené rehabilitace osob se získanou zrakovou vadou. Tatarková ve svém příspěvku ze sborníku Edukace a rehabilitace ZP na prahu nového milénia (Jesenský, 2002) uvádí, že osobám zrakově postiženým se i přes dostatečnou kvalifikaci, původní nebo získanou rekvalifikačním kurzem, bez ucelené rehabilitace nedaří integrovat zejména z hlediska pracovního kolektivu, což je dáno vnímáním zrakově postižených z hlediska společnosti jakožto lidí, ne jenom

kvalifikovaných odborníků. Jako důležitými faktory se v této souvislosti ukázali kromě kvalitního vzdělání právě schopnosti nabyté rehabilitací a také sociální zručnosti, které je v rámci ucelené rehabilitace do jisté míry možné pozitivně ovlivnit, korigovat.

Rehabilitaci osob zrakově postižených jako podskupiny klientů se zdravotním postižením v současné době pojmáme slovním spojením „ucelená rehabilitace“, které můžeme definovat i průzkumem vytvořeným M. Pešákem (2002) doplněným o aktuální okruh problémů, a tedy souborem činností pod zastřešujícím označením sociální rehabilitace s rozšířením o další podstatné části, ne zcela legislativně dořešené či primárně s rehabilitací spojené. Konkrétně pojem zahrnuje prostorovou orientaci a samostatný pohyb, nácvik sebeobslužných i jiných každodenních činností, nácvik čtení a psaní v Braillově písmu, nácvik psaní na počítači a využívání moderních informačních technologií jednak jako médium pro získávání informací a také jako nástroj pro pracovní činnost, dále pak nácvik sociálních dovedností a komunikace, reedukace schopnosti vidění a poradenství při výběru kompenzačních pomůcek. Jmenované části jsou pouze činnostmi sociální rehabilitace, problematika však pojímá i oblast pracovní rehabilitace, jejímž výstupem by mělo být, pokud možno plné obnovení pracovních schopností vedoucí k získání zaměstnání na otevřeném pracovním trhu.

Ucelená rehabilitace vyžaduje pro svoji funkčnost i služby další, přesahující její rámec, zejména služby sociálně intervenční, jako je sociální práce a poradenství. Díky nim je možné zabezpečit vyhledání a první kontakt s klientem a následné vymezení možností i omezení v souvislosti s klientovým dalším počínáním (Pešák in Jesenský, 2002). Sociální pomoc zajišťuje i práci s předsudky, schopnost pozitivní sebeprezentace, požádání o pomoc druhých, zlepšování písemného styku, poskytnutí teoretických východisek při hledání pracovního místa, právního přehledu v spojení s finanční kompenzací a podobně (Tatarková in Jesenský, 2002).

Nepostradatelná je pro úspěšnost procesu ucelené rehabilitace i kvalitní psychorehabilitace či možnost návštěv zájmových činností, klubů (Pešák in Jesenský, 2002).

Z hlediska forem můžeme rehabilitaci rozdělit na krátkodobou (přechodnou), zajišťující úplné obnovení zdraví a normální kvality života, a dlouhodobou (permanentní), týkající se právě osob s dlouhodobým nebo trvalým zdravotním poškozením spojeným s trvalým narušením kvality života, která je řešena zejména prostředky sociální a pracovní rehabilitace (Jesenský, 1995).

Sociální rehabilitace jako rozvoj člověka ve společenských situacích s cílem uspokojení jeho práv a potřeb a maximální účasti na společenském životě napomáhá při zrakovém postižení

získaném obnovení kontaktu s většinovou společností formou integrace, a tudíž dospívá k akceptaci zrakové vady, celkové pohodě (well-being), k obnovení objektivních i subjektivních parametrů kvality života. V návaznosti na toto tvrzení se její význam kromě společenského, ve smyslu stabilizace sociálních hodnot, využití potenciálu jednotlivce a obohacování majoritní společnosti o hodnoty minoritní kultury, zrcadlí také v ekonomické či osobnostní rovině. Z hlediska osobnosti má sociální rehabilitace dopad na její všestranný rozvoj, seberealizaci, potenciální růst sebevědomí, spokojenost s novými životními podmínky. Po stránce ekonomické je jedinci umožněno zkrácení doby pracovní neschopnosti a usnadnění průběhu rehabilitace pracovní i pracovního začlenění (Jesenský, 1995).

Dosažení úspěšné rehabilitace je možné vícerymi modely institucionalizace od modelu azylu, společenského domu ZdP, sanatoria a rekreačně rekondičního střediska, systému rehabilitačních kurzů, rehabilitace v rodině až po rehabilitační středisko. Právě poslední zmiňovaná možnost zajišťuje procesu rehabilitace jistou otevřenost jako tématu veřejného, společenského, kdy je podporována státem nebo samotnou veřejností a užívá také skupinové formy práce. Práce ve výchovně rehabilitační skupině se zaměřuje kromě osobních problémů jednotlivců i na problémy existence celé skupiny v spojitosti s naplňováním společenských hodnot a cílů, čímž výrazně napomáhá k otázkám opětovné integrace (Jesenský, 1995).

3.1. Průběh rehabilitace při zrakové vadě získané

Dle Jesenského (1995) se se získanou vadou váže i poškození normální kvality života. O komplexnosti a nejednoznačnosti tohoto pojmu jsme se již vyjádřili v předchozí kapitole, nicméně z Jesenského tvrzení vyplývá, že normální vývoj jedince je v tomto stádiu života přerušen a pro jeho další pokračování je nutno zapotřebí přijmout a učinit vícere změny. Průběh rehabilitace tak můžeme rozdělit na fázi akutní, kde prvořadou je akceptace své zrakové vady, přehodnocení svých dalších možností, životních hodnot, objevení podpory v minoritní společnosti. Postakutní fáze počítá s reintegrací jedince prostřednictvím zvládnutí všech složek ucelené rehabilitace dle konkrétních individuálních potřeb.

Za nejdůležitější můžeme z hlediska procesu rehabilitace získané zrakové vady vnímat časovou posloupnost neboli rozvržení jednotlivých kroků.

Na rozdíl od vidících se osoby se získaným zrakovým postižením musí především zbavit strachu z prostoru. Tato nová situace je staví do pozice člověka závislého na pomoci druhých, kdy každé přemístění vyžaduje stálé soustředění, a tedy osobu vyčerpává. Proto se při sociální

rehabilitaci v praxi nejdříve zabýváme fixací osvojených dovedností, v optimálním případě návyků, v oblasti prostorové orientace a samostatného pohybu (Wiener, 1986).

Při získaném zrakovém postižení se naskytá možnost využití předcházejících vizuálních počitků a současně vyvinuté mozkové činnosti k vizuálnímu přijímání i nových informací ve smyslu snadného utváření představ o okolním prostoru, proporcích, předmětech. Při reedukaci zraku jakožto soustavě tyflopédicko-rehabilitačních postupů užíváme multisenzoriální přístup, což znamená u osob se získaným zrakovým postižením nutnost nácviku zapojení ostatních, náhradních smyslů při zpracování informace s cílem odstranění neschopnosti adaptability vidění, respektive její prevence. Funkční zvyšování vizuální výkonnosti je kromě předchozích zkušeností ovlivněno také schopností dedukce, mírou inteligence, motivací jedince, jeho racionalitou, psychickým a fyzickým stavem. Procesu reedukace zraku napomáhá opět podpůrná intervence, individuální přístup a v neposlední řadě užití optických pomůcek (Finková, Růžicková, 2007).

V kontextu pracovní rehabilitace je nutno nejprve posoudit současný stav pracovního potenciálu člověka. Při zrakové vadě získané se tento stav z jeho fyzické stránky zákonitě zhoršuje a ve většině případů je tomu tak i ze stránky psychické. Také pracovní možnosti se v návaznosti na znevýhodnění zpravidla snižují, je však otázkou konkrétního zaměstnání, jak zásadně se postižení zraku dotkne pracovního potenciálu jedince. Obecně platí, že méně příležitostí se při získaném postižení zraku naskytne nekvalifikovaným dělníkům nežli pracovníkům v intelektuálně zaměřené sféře (Jesenský, 1995). Avšak nesmíme opomenout i případy natolik změněné pracovní schopnosti, jež můžeme definovat pojmem invalidita neboli trvalá pracovní neschopnost, vzniklou i v případě kombinace s postižením jiného druhu.

V spojitosti s naší prací uvádíme Jesenského definici (1995) pracovní rehabilitace: „...*je souvislá péče poskytovaná občanům se změněnou pracovní schopností směřující k tomu, aby mohli vykonávat dosavadní, případně jiné vhodné zaměstnání.*“ Po již zmíněné diagnostice pracovního potenciálu a vyvození možností dalšího pracovního uplatnění se proces pracovní rehabilitace zaměřuje na psychickou podporu jedince skrze motivaci k pracovnímu jednání, akceptaci svých možností, vyvození zájmu o nové skutečnosti. Po zvládnutí části psychické spokojenosti a připravenosti osoby se věnuje konkrétní pracovní přípravě v smyslu kvalifikace nebo rekvalifikace, průzkumu aktuálního stavu trhu práce, provázení do vybraného zaměstnání či zajištění všech speciálních potřeb s ním spojených.

Pracovní výcvik neboli příprava (kvalifikace, rekvalifikace) má za úkol zvládnutí dovedností, vědomostí a návyků v míře dostačující vybrané profesi či okruhu profesí. Výsledku

předchází teoretická i praktická příprava klienta dle stanovených učebních osnov a plánů různými prostředky i metodami. Základem každé pracovní přípravy je výcviková jednotka vymezena obsahově i časově, přirovnatelná k jednotce vyučovacího procesu na ZŠ či SŠ. Kvalifikace je zpravidla ověřena kvalifikační zkouškou v daném zařízení (Jesenský, 1995). Jako nedostatek profesní přípravy vidíme její průběh v segregaci od reálného pracovního prostředí, často navíc není pojímána komplexně z hlediska obsáhlosti dovedností daného zaměstnání, čímž může způsobit i po zvládnutí kvalifikačního kurzu neuspokojivý stav dosažených schopnosti či dovednosti pro aktuální situaci trhu práce (Röderová, 2017).

3.2. Kompenzační pomůcky

Při rehabilitaci osob se zrakovým postižením v souvislosti s kvalitou jejich života je nutné samostatně se pozastavit při využívání kompenzačních pomůcek a jejich dopadu na další život nejen v oblasti pracovní ale také na celkovou psychickou pohodu klientů v souvislosti s možností této facilitace při získané vadě zraku. Řehořová ve svém příspěvku z mezinárodní vědecké konference (in Jesenský, 2002) uvádí výstižné přirovnání klienta, jenž zvládá funkčně využívat kompenzačních pomůcek, k studentovi a jeho možnosti přístupu k studijní literatuře.

Tak jako u samotné rehabilitace je u klienta důležitá prvotní diagnostika zejména ve smyslu míry postižení, respektive typu zrakové vady. Následná volba kompenzačních pomůcek či postupů se dotýká jednak osob se zbytky zraku, kdy se důležitým zůstává vnímání zrakové a s ním spojené přizpůsobení osvětlení, kontrast, barevnost a zvětšení, ale také osob nevidomých, kdy při rehabilitaci užíváme smyslů ostatních, a to především hmatu a sluchu. Pomůcky, jelikož se týkají téměř všech oblastí klientova života, můžeme dělit například dle situace, ve které je jedinec užívá, na pomůcky pro domácnost, pro prostorovou orientaci a samostatný pohyb, pro práci s informacemi a pro volný čas. V souvislosti s naší prací zde uvádíme přehled podkategorií pomůcek pro práci s informacemi, jelikož tau vnímáme v současné době jako klíčovou v zaměstnávání lidí se zrakovým postižením. Jsou to následovné:

- optické pomůcky
- elektronické pomůcky
- digitální čtecí zařízení
- elektronické zápisníky
- pomůcky pro psaní Braillova písma

3.3. Podporované zaměstnávání

V oblasti zaměstnávání zrakově postižených osob závisí, jak už jsme v předchozí kapitole zmiňovali, také na chování, respektive vnímání většinové společnosti. Tahle společnost se však v určitých směrech tak rychle vyvíjí a klade tak vysoké nároky, že většina lidí se zdravotním postižením nemá možnost je splňovat v celé její šíři. Z toho důvodu lze osobám se zrakovým znevýhodněním poskytnout možnost podporovaného zaměstnávání jako vyrovnání šancí na rovnocenné uplatnění na trhu práce. Jelikož se jedná o zaměstnávání v integrovaném prostředí a oběma stranám pracovněprávního vztahu je poskytnuta adekvátní podpora s přihlédnutím na individuální potřeby osoby se zrakovým znevýhodněním, vzniká možnost vyrovnané spolupráce na té nejširší úrovni a jedinci je tak zajištěn z hlediska vztahového návrat do pracovní sféry, která je v rámci možností srovnatelný s životní etapou před vznikem zrakové vady (Tatarková in Jesenský, 2002).

V posledních letech minulého století se na poli podporovaného zaměstnávání odehrály, z hlediska vývoje trendů oboru speciální pedagogiky obecně, klíčové změny podporující aktivní účast osob zrakově postižených při procesu získání zaměstnání. Hovoříme o vytvoření zprostředkovatelských center zaměstnávání, kdy agentura sehrává roli poradce, a tudíž ostává na samotném klientovi, jak si poradí v reálné situaci pracovního pohovoru, konkurzu a podobně. Centrum po vstupní diagnostice napomáhá zajistit klientovi psychickou i právní oporu a umožňuje individuální nácvik specifických situací, se kterými se na vybrané pozici v první fázi pravděpodobně setká (Tatarková in Jesenský, 2002).

Formy práce s klientem se v jednotlivých krajínách liší. Jelikož jsou ve společnostech vyspělých aktivní, ve smyslu zapojení samotného jedince v procese zaměstnávání, formy služeb zcela běžné již od minulém století, čímž se mimo jiné řeší i otázka rovnoprávnosti osob se zrakovým znevýhodněním mnohem dříve skrze skutečné respektování jejich potřeb, zájmů a možností, jako ukázky uvádíme dále dva modely fungující na rozdílných kontinentech pojímajících problematiku odlišně v jejich klíčových bodech. Avšak je nutno podotknout, že přes tyto odlišnosti se cíle snah obou krajín považují za nejprogresivnější, plně odpovídající snahám osob se znevýhodněním o nezávislý život právě díky poskytnuté aktivizaci, změny člověka z objektu na subjekt rehabilitace (Jesenský, 1995).

Model užívaný v Holandsku přiřazuje klientovi poradce (v praxi užívaný nepřekládaný termín „job coach“), který klienta provází po celou dobu kontaktu s agenturou, poskytuje i možnost provázení na konkrétní pracovní pohovor, komunikuje s nadřízeným o úpravách

podmínek pracovního poměru, zabezpečuje uvedení do pracovního kolektivu, zácvik na pracovišti nebo také částečnou pomoc s pracovním úkolem. Po ukončení zaškolování přichází do styku se zaměstnavatelem klienta v podobě návštěv, s cílem ujištění o jeho začlenění. Naproti tomu model užívaný například ve Spojených státech amerických se skládá z vícero odborníků s možností dělby činností, z čehož jako pozitivum přímo úměrně vyplývá možnost jejich lepší orientace a specifikace v dané oblasti. Role osobního poradce tu plní spíše funkci asistenta ve smyslu pomoci s přepravou, opakování nově naučených pracovních úkonů. V kontextu systému pracovní kvalifikace v ČR i SR se může jevit velice netradiční fakt, že na tuto pozici možno zaměstnat kohokoliv bez potřeby specializovaného vzdělání či přípravy celkově, jedinou podmínkou je úvodní obvykle krátkodobý kurz. V našich zemích na podobném principu funguje Agentura pro podporované zaměstnávání – OZ Rytmus či slovenská Agentúra podporovaného zamestnávania v Bratislavě (Tatarková in Jesenský, 2002).

Legislativní ukotvení podpory v oblasti zaměstnávání je v ČR ošetřeno zákonem č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti, na území Slovenské republiky zákonem č. 5/2004 Z. z. o službách a zaměstnanosti. Obě republiky jako 2 z celkových 24 zemí přijali opatření Evropské sociální charty Rady Evropy, které je zavazuje k poskytování služeb, „*které pomohou všem osobám včetně zdravotně postižených řešit problémy související s volbou povolání a odborným postupem s náležitým přihlédnutím k jejich schopnostem a možnostem na trhu práce*“ (Opatřilová, Zámečnicková, 2005). Problémem v současné době však zůstává vícenásobně vyšší nezaměstnanost osob se znevýhodněním v porovnání s intaktní společností způsobena vícero faktory jako je například nízká úroveň motivace či kombinace vícero druhů postižení a znevýhodnění z nich vyplývající. Jako nevyhovující se také jeví nedostupnost pracovního místa, nedostatečnost materiálního i personálního zabezpečení či legislativní ukotvení často pouze doporučující a nijak exaktně stanovující normy pro řešení reálné situace (Röderová, 2017).

3.4. Konkrétní podmínky rehabilitace v důsledku zrakové vady v ČR a SR

V rovině praktické v České republice svou činností přispívají vícero organizace či zařízení. Od roku 1996 Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR, dále Rehabilitační a rekvalifikační středisko Dědina, Centrum zrakových vad jako jediné zdravotnické zařízení v republice specializované na komplexní péči o zrakově postižené všech věkových kategorií a v neposlední řadě Tyfloservis neboli ucelený systém sociální rehabilitace nevidomých a slabozrakých dospělých osob. Fungující služby umožňují rehabilitaci v odlišném rozsahu dle jejich specifikace a dle individuálních potřeb klienta a také jsou uskutečňovány

vícerymi formami s možností jejich překrývání. V porovnání s pobytovou formou procesu rehabilitace a rekvalifikace ve středisku Dědina o.p.s., kterému se dále věnují následující kapitoly, se v protikladu staví, jakožto forma terénní individuální rehabilitace s možností formy kombinované či také čistě ambulantní, celostátní projekt Tyfloservis o.p.s. Tato variabilita je způsobena orientací zařízení, kdy terénní služby umožňují zvládání konkrétních úkonů v klientovy přirozeném prostředí jakým je domov, škola či pracoviště a přesun s místy spojený a naproti tomu služby pobytové zajišťují klientovi v specifických životních situacích intenzivnější každodenní spolupráci. Ambulantní či pobytové služby také naproti terénním umožňují využití dynamiky skupiny, vzájemnou motivaci či prosté, no nevyhnutelné sdílení a pro tuto specifickou skupinu klientů mají často důležitý význam jako prvek sekundární psychorehabilitace skrze částeční či úplnou změnu prostředí. (Cerha in Jesenský, 2002)

V Slovenské republice je jako jednou ze služeb ÚNSS zprostředkování sociální rehabilitace a poradenství prostřednictvím krajských středisek v každém z krajských měst, totéž skrze Stredisko sociálnej rehabilitácie Martin. Další aktivitou ÚNSS je provozování Centra technických a informačních služieb (CETIS), které má za cíl „*technickú podporu vzdelávania, zamestnávania a nezávislého života zrakovo postihnutých ľudí najmä pomocou sprístupňovania informácií a informačných a komunikačných technológií a rozvoja schopností nevidiacich a slabozrakých ľudí potrebných na ich využívanie.*“ (dostupné z :<https://www.unss.sk/sluzby-unss-pre-zp.php>, 2017) Všechny zmíněné služby ÚNSS jsou klientům poskytovány bezplatně, především individuálně ambulantní formou anebo v domácím prostředí klienta. (dostupné z: <http://www.nrozp.sk/index.php/soc-rehabilitacia/zrakovo-postihnuti/88-socialna-rehabilitacia-zrakovo-postihnutych>, 2017)

3.4.1. Vybraná rekvalifikační a rehabilitační střediska

V této kapitole se nachází stručné představení dvou rekvalifikačních a rehabilitačních středisek, ve kterých naše výzkumné šetření představeno v praktické části práce probíhalo. Jedná se konkrétně o Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé Dědina, o.p.s. a Rehabilitačné stredisko pre zrakovo postihnutých v Levoči. Součástí této kapitoly je také analýza příčin pobytu klientů v těchto zařízeních a v neposlední řadě vymezení vlivu zařízení na jejich aktuální kvalitu života. Všechny informace uvedené v následujících podkapitolách jsou kompilací dat z internetových zdrojů středisek Dědina, o.p.s. a RS ZP Levoča (viz <http://www.dedina.cz/>, <http://www.rszp.sk/>) s vlastními poznatky získanými z osobních návštěv obou pracovišť.

- **Dědina o.p.s.**

Obecně prospěšná společnost s plným názvem Pobytové rekvalifikační a rehabilitační středisko pro nevidomé Dědina se specializuje na pracovní rekvalifikaci a společenskou integraci osob se zrakovým postižením. Jedná se o jediné zařízení svého druhu na území České republiky. Kromě rekvalifikačních kurzů se středisko věnuje také sociální rehabilitaci s programem v sociálně terapeutických dílnách. Zmíněných programů, které středisko poskytuje se mohou účastnit klienti ve věku od 18 let z území celé České republiky.

Sociální rehabilitace se konkrétně v tomto zařízení dělí na dva samostatné programy. V rámci jednoho uceleného programu se klienti, jak ve video prezentaci střediska uvádí tehdejší ředitelka střediska Marie Schifferová (2011), nejprve *„učí se svým postižením žít...naučit se chodit s bílou holí bez zrakové kontroly...vykonávat všechny sebeobslužní činnosti...zacházet s různými drobnými pomůckami...najít si náhradní způsoby gramotnosti.“* Klienti získávají v oblasti gramotnosti veškeré vědomosti týkající se Braillova písma, nicméně pro další integraci ve většinové společnosti je pro ně nezbytný, ve středisku také vyučován, i jiný způsob komunikace, konkrétně psaní všemi deseti na klávesnici osobního počítače. Současně tudíž probíhá práce na osobním počítači s hlasovým výstupem jako jedné z kompenzačních pomůcek zrakově postižených osob. Program sociální rehabilitace také zahrnuje terapie náhradních kompenzačních smyslů.

Další komplexní program sociálně terapeutických dílen je pojímán jako příprava na budoucí pracovní uplatnění. V tomto programu jsou vítáni i klienti s vrozeným zrakovým postižením, kteří již vykonávali vybrané povolání, avšak důsledkem změn na trhu práce, respektive zhoršením zdravotního stavu v souvislosti se zrakem o toto pracovní místo přišli a nedokáží se dále se svou kvalifikací uplatnit. V rámci těchto dílen jsou jednak docvičovány každodenní činnosti, také probíhá zjištění, respektive ověření dovedností a znalostí, ze kterých je snahou pracovníků klientovi individuálně vybrat nejvhodnější budoucí pracovní zaměření. V tomto období se klient také eviduje na úřadě práce jako uchazeč o zaměstnání a v spolupráci se střediskem mu je poskytnutý, v rámci v pořadí třetího programu, rekvalifikační kurz akreditovaný Ministerstvem školství nebo Ministerstvem zdravotnictví v následujících oborech:

- Nevidomý a slabozraký masér
- Keramická výroba
- Košíkářská výroba

- Rekvalifikační kurz tkadlec,
- Pracovník v kartonážní výrobě

Osvědčení o rekvalifikačních kurzech je srovnatelné s výučním listem s celostátní platností, kurz nevidomý a slabozraký masér na úrovni maturitní zkoušky. Je zde také možnost žádání o mezinárodní certifikát, a posléze tedy práce v zahraničí. Kromě jmenovaných rekvalifikačních kurzů se středisko zabývá také kurzem pro práci na osobním počítači pro osoby, které ho k vykonávání své profese nezbytně potřebují a získané zrakové postižení omezuje užívání dosavadních vědomostí pro pokračování v té dané profesi.

Specifikem rehabilitačního a rekvalifikačního střediska jsou chráněné pracovní dílny jakožto forma podporovaného zaměstnávání, probíhající v prostorách užívaných také k rekvalifikaci klientů, kteří pak po její skončení v dílnách často a rádi zůstávají.

Co se týče aktivit nabízených pracovištěm jakožto alternativy využití volného času klientů, v současném stavu nejsou krom kroužku dámy, probíhajícího jedenkrát týdně, zavedeny žádné z časového hlediska fixní nabízené činnosti. Středisko se však, pravděpodobně vzhledem k jeho lokaci ve velkoměstě, aktivně zapojuje do různých kulturních či oborových činností – návštěvy divadel a hudebních koncertů, přednášky poskytované obecně prospěšnou společností Tyflocentrum, sezonní prodeje výrobků, účast na Abilympiádě, zpěv a podobně.

• **ZS ZP Levoča**

Rehabilitačné stredisko pre zrakovo postihnutých v Levoči je na rozdiel od jejého českého ekvivalentu pracoviště pod správou Ministerstva práce, sociálních věcí a rodiny Slovenské republiky a to od roku 1977 jako jediné rekvalifikační a rehabilitační středisko pro dospělou klientelu zrakově postižených v bývalém Československu. V současnosti se jedná o jedinou instituci poskytující rehabilitaci, vzdělávání a přípravu na pracovní trh pro osoby se zrakovým postižením ve věku produktivním v Slovenské republice, přičemž poskytuje služby osobám se získaným postižením, které nebyli na podmínky ztížené zrakovou vadou kvalifikováni anebo osoby zrakově postižené, kterých kvalifikace nebyla pro trh práce vyhovující, a tudíž se pracovně neuplatnili.

Nabídka kurzů poskytovaných ve středisku zahrnuje obory velice blízké již popisované české verzi, a to konkrétně následovně:

- základní sociální rehabilitace – 5 měsíční kurz základních zručností v předmětech prostorové orientace a samostatného pohybu, čtení a psaní bodového písma, rehabilitační cvičení sebeobsluhy, psaní na stroji, kompenzace zraku, sociálně právní

poradna a základy seberealizace zrakově postižených, tělesná výchova, pracovní výchova

- sportovní masér – 15 měsíční kurz, od roku 1978, koncepce sestavena na získání kvalifikace na masáž klasickou, reflexní a sportovní, pak praxe na fyziatricko–rehabilitačním oddělení v Nemocnici s poliklinikou Levoča, v současnosti od roku 2015 zrušena licence na masérský kurz klasický i reflexní z důvodu nedostatečné vzdělanosti klientů z důvodu nutnosti maturitní zkoušky
- operátor počítačových programů - 10 měsíční kurz, samostatná práce na osobním počítači pomocí zvukových a hmatových výstupů nebo zvětšovacích programů
- informačně administrativní služby – 5 měsíční kurz, zařazování zde pouze klienti s ukončeným středoškolským vzděláním a absolventi kurzu operátor počítačových programů, cílem je samostatná práce s programovými aplikacemi osobního počítače, práce s tiskárnou a skenerem, aktivní uplatnění informací z internetových zdrojů
- kartonážník – 10 měsíční kurz, příprava na zvládnutí pracovních metod a postupů při výrobě kartonážních výrobků ale také teoretické znalosti v čtení a psaní bodového a strojového písma, práce na osobním počítači, matematika, hospodářský zeměpis a tělesná výchova
- košíkář – 10 měsíční kurz
- individuální příprava – 5 měsíční kurz, příprava na středoškolské a vysokoškolské studium či zvládnutí mobility a sebeobsluhy v manuálních povoláních, psaní na kancelářském stroji v různých jazycích, práce s počítačem, magnetofonem a podobně

Mimo vyučovací činnosti je ve středisku zastoupení různých kroužků – zpěvácký, taneční, počítačový, biologický, kroužek netradiční střelby, sportovní či turistický. Také zde probíhají soutěže v dámě, šachu, domině, stolním tenisu. Oblíbené jsou i kulturně společenské večírky.

Středisko se nachází v samostatné prostorné budově za symbolickou částku darované státem Slovenské republiky. Se svými třemi poschodími poskytuje ideální prostor pro jeho činnosti, od pobytové části, skrze činnosti zajišťované v odborných učebnách až po stravovací a sportovní zázemí. Nakolik je středisko financováno státem a není nevyhnutně nutné bojovat o jeho sponzorství a vybavení, lze konstatovat, že jednak technické a sportovní ale také obecně materiální vybavení je na velice uspokojivé úrovni.

Kapacita střediska představuje 40 klientů, personální obsazení v současné době vykazuje počet 32 zaměstnanců, z toho konkrétně 10 pedagogů a 5 vychovatelů a 3 pomocných

vychovatelů. Z dalšího personálu stojí za zmínku pracovní pozice stálé zdravotní sestry, která klientům usnadňuje zdravotní komplikace spojené s jejich aktuálním stavem ve smyslu pomoci s dávkováním léků, aplikací inzulínu, měřením tlaku, doprovodem k jednotlivým odborníkům a podobně. Středisko má k dispozici vlastní auta využívané k častým turistickým akcím, také možnost užívání běžeckého areálu v okolí. Mezi další aktivity patří i návštěva aquaparku Poprad a mnohé jiné. V budově střediska se také nachází dvě společenské místnosti, prostorná tělocvična se stolním tenisem a lukostřeleckým náčiním, posilovna, keramická dílna.

4. Zrakové postižení

V následující kapitole se v souvislosti s tématem práce zaměříme na klasifikaci těžkého zrakového postižení v systému členění zrakových vad, jeho specifika z hlediska psychologického a strategie vyrovnávání. Nastíníme charakteristické znaky jednotlivých zrakových vad získaných v průběhu života, avšak především se s jakožto s tématem nejbližší problematikou orientujeme na prožívání jedince v důsledku zrakového postižení.

Od dávných dob se osoby se zrakovou vadou střetávali s faktem, že jejich život je spjatý s pomocí druhých. Historicky někdy vnímání jako mimořádní, jindy zatracování, se zrakově postižení museli učit vyrovnat se svou nelehkou situací. V současné době, kdy poznatky medicíny, psychologie, speciální pedagogiky a dalších blízkých oborů neustále přibývají, kdy vnímáme nutnost spolupatričnosti skrze škálu podpůrných opatření ze strany společnosti většinové, odborníků či veřejnosti, je pro osoby se zrakovým postižením cesta k důstojnému a rovnoprávnému postavení snazší, avšak samotná zraková vada zákonitě přináší řady změn ve srovnání s životem jedince bez tohoto typu postižení, se kterými se i přes veškerou podporu není lehké vyrovnat.

Zrakové postižení ovlivňuje osobnost jedince nejen skrze primární postižení, výskyt zrakové vady, ale působí také na psychický vývoj jedince, emocionálně sociální vývoj, narušuje jeho kognitivní funkce, orientaci v prostoru či motoriku, a proto může být pro obor speciální pedagogiky těžké uchopení problematiky celistvě se všemi jejími atributy. Pomocí vnímání dosaženého stupně socializace, podmínek edukace, přípravy na povolání či následného pracovního zařazení se oboru speciální pedagogiky daří budovat představu o zrakovém postižení skrze pozorování nejvhodnějších metod či organizačních forem s těmito celky spojenými. (Finková, Ludíková, Růžicková, 2007) Snad i poznatky z výzkumů zachytávajících životní podmínky či subjektivní spokojenost s nimi právě formulované samotnými jedinci, jak je tomu i v naší práci, mohou napomoci komplexnosti pojetí zrakového postižení. Je však nutné dodat, že dosažený stupeň rozvoje osobnosti jedince se zrakovým postižením musí korespondovat se stupněm, druhem a rozsahem zrakové vady či jinými cíle ovlivňujícími faktory (tamtéž).

4.1. Klasifikace osob se zrakovým postižením

Kategorizace zrakového postižení je pojímána různě, dle jednotlivých resortů školství, zdravotnictví, sociální práce. Obecně za nejzákladnější kritérium můžeme považovat zrakovou

ostrost (vizus), případně ještě stav zorného pole, z kterých vyplývají zejména klasifikace oftalmologického charakteru.

Světová zdravotnická organizace užívá mezinárodní klasifikaci zrakového postižení následovně (2006):

1. Střední slabozrakost – zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/18 (0,30) - minimum rovné nebo lepší než 6/60 (0,10); 3/10–1/10, kategorie zrakového postižení 1
2. Silná slabozrakost – zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/60 (0,10) - minimum rovné nebo lepší než 3/60 (0,05); 1/10–10/20, kategorie zrakového postižení 2
3. Těžce slabý zrak
 - a. zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 3/60 (0,05) minimum rovné nebo lepší než 1/60 (0,02); 1/20–1/50, kategorie zrakového postižení 3
 - b. koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20 stupňů, nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45 stupňů
4. Praktická nevidomost – zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60 (0,02), 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena, kategorie zrakového postižení 4
5. Úplná nevidomost – ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí, kategorie zrakového postižení 5

Pro speciálně-pedagogickou praxi se užívá zejména klasifikace čtyřstupňová vycházející z pohledu medicínského, avšak současně doprovázena škálou dopadů zrakové vady na socializaci jedince. Konkrétně se jedná o následující základní kategorie:

- osoby nevidomé
- osoby se zbytky zraku
- osoby slabozraké
- osoby s poruchami binokulárního vidění (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

Dále zrakové postižení můžeme dělit dle oblastí poruch zrakového vnímání, stupně zrakového postižení, doby vzniku, etiologie, délky trvání.

V kategorii doby vzniku zrakového postižení se rozdělují vady zraku na vrozené a získané. Toto dělení se stává v naší práci nejrelevantnější.

Z hlediska četnosti jsou procentuálně nejvyšší prenatalní vlivy, z nichž je nejvyšší počet dědičných onemocnění. Dále mohou velmi nepříznivě ovlivnit vývoj plodu specifické infekce jako je toxoplasmóza, rubeola, cytomegalovirus a herpesvirus (Květoňová-Švecová, 2000).

Pro dospělý věk jsou charakteristické zejména nemoci čočky či diabetická retinopatie (tamtéž). Získané vady pak často vznikají působením celkových chorob. Jako nejčastější příčiny těžké získané zrakové vady jsou pak uváděny choroby zrakového analyzátoru, poruchy v oblasti centrální nervové soustavy, komplikace při infekčních nemocech, otravy, meningitida, tuberkulóza, diabetes, revmatická onemocnění, roztroušená skleróza, úrazy oka, poleptání či popálení oka, předávkování kyslíku (retrolentální fibroplazie), intoxikace metylalkoholem či degenerativní onemocnění různého druhu (Kimplová, 2010). Alespoň krátce se zde zmíníme o jednotlivých diagnózách.

Poruchy zrakové dráhy a centrální porucha zraku představují problém, se kterým se setkáváme po různých mozkových příhodách či onemocněních s následnou poruchou zraku. Nejedná se tedy o poruchu stavby oka, nýbrž o poruchu funkce mozku a zrakových drah. *„Poškození zrakového nervu na dráze mezi sítnicí a chiasmatem vede k úplné nebo částečné ztrátě zraku pouze na jednom oku. Poškození zrakové dráhy za chiasmatem může být příčinou částečné ztráty zraku na obou očích.“* (Moravcová, 2004, s.66). Hlavní zrakové oblasti v týlním, spánkovém a temenním laloku pak zodpovídají za vnímání obrysu předmětu, jeho detekci, vnímání rozdílů v poloze podnětů působících na levé a pravé oko, barev, zaznamenávání pohybu, rozeznávání obličejů, figury a pozadí, celkového obrazu. *„Kromě genikulokalkarinního systému se předpokládá oddělený kolikulární systém, podporující periferní vidění.“* (Moravcová, 2004, s.67) Konkrétně se jedná o funkce reflexních pohybů očí akomodace, konvergence a reakce zornice na světlo. Také je využíván při konjugančních pohybech, scanningu či sakadických pohybech. Čelní lalok pak zodpovídá za řízení skenovacích pohybů a korekce optické nedokonalosti (Moravcová, 2004).

Úrazy oka vedou k závažným komplikacím, jakými jsou poúrazové stavy posttraumatická katarakta a další. Často zde platí, že úraz samotný je méně závažný než následně vzniklé komplikace v průběhu hojení, z důvodu následků sympatického propojení očí a možnému přenosu nemoci, vzniká pak například situace doporučující enukleaci postiženého oka a tím jedinec ztrácí prostorové vidění, ale také třeba i možnost vykonávat určité profese (Květoňová-Švecová, 2000). Řehůřek (1999) uvádí, že úrazy postihující pouze jedno oko s námi popsanými komplikacemi jsou z hlediska zastoupení v naprosté převaze.

Degenerativní onemocnění lze již v dětském věku vyzorovat jako diferencované na rozdílné typy. Patří zde například binokulární degenerace makuly typu Stargardt, kdy degenerativní proces postihuje pigmentový a senzorický epitel, čímž vyvolává pokles zrakové ostrosti až na 0,05 nebo pigmentová degenerace sítnice způsobující hemarolopii a také sníženou schopnost adaptace pro oboustrannost onemocnění (Moravcová, 2004).

Diabetická retinopatie jako komplikace vzniknutá metabolickou disfunkcí, přináší změny zejména poškozením cév vyživujících sítnici. „*Cévy se změnou tenkou stěnou propouštějí krev a tekutinu a zároveň z vyrůstají nové abnormální velice křehké cévy, šířící se na některých místech sítnice. Obraz vznikající na takto postižené sítnici, který je pak odeslán do mozku, je rozmazaný.*“ (Pešatová, 2005, s.19). Rozlišujeme zde její tři fáze onemocnění– neproliferativní, preproliferativní a proliferativní stádium (Moravcová, 2004). Riziko vzniku je větší u pacientů s diabetem dlouhodobým, vede pak ke slepotě jako nejzávažnější z chorob těchto následků u dospělých. (Pešatová, 2005).

4.2. Problematika získaného zrakového postižení – psychologické hledisko

Ztrátu zraku můžeme pojímat z víceřeh hledisek. Za nejdůležitější faktor pokládáme okolnosti vzniku, tedy zda se jedná o ztrátu zraku náhlou například v důsledku autonehody, nebo je jedinec s diagnostikou progresivního onemocnění na tuto skutečnost dlouhodobě připravován, a tudíž má možnost se s ní vyrovnat ještě před samotným nástupem těžší formy postižení. Progresivní vada se sebou však nese i fakt, že působení na vývoj jedince je mnohonásobně závažnější, zejména v oblastech života, které zrakové vnímání nutně vyžadují jako například poznávací procesy (Finková, Ludíková, Růžicková, 2007). Je tudíž náročné tyto dvě možnosti z hlediska dopadu na jedince, jakkoliv srovnávat.

Vada zraku získaná náhle způsobuje především nutnou následnou adaptaci jedince v daný moment. Jde jednak o adaptaci z pohledu praktického, kdy se potřebuje pro další život naučit užívat kompenzačních smyslů jako jsou hmat nebo sluch v dosud nezvyklých situacích a také zcela nový způsob užití zbylého zraku či vyrovnání se s faktem, že tento smysl je z jeho života zcela vyřazen. Stejně tak důležitá složka adaptace musí proběhnout v rovině psychologické, konkrétně zejména ve vyrovnání se s již často vytvořenými představami o budoucnosti, které jsou rázem nerealizovatelné, což v mnoha případech způsobuje duševní trauma a obecně dochází k zamezení uspokojování základních psychických potřeb (Vágnerová, 1995). Ve výsledku se dá říci, že náhle vzniklé postižení vyvolává období krize s různými projevy v závislosti od konkrétního jedince. Kimplová ve své knize (2010) uvádí, že je tato

krize srovnatelná s procesem truchlení nad ztrátou blízkého člověka. Naopak pozvolná ztráta zraku psychiku zatěžuje dlouhodobě, časté je střídání období naděje a zoufalství, deprese, úzkost (tamtéž).

V produktivním věku se v souvislosti se ztrátou zraku pojí především omezení normálního vývoje hodnot budování partnerské intimity a rodiny, které paradoxně při zrakovém postižení znamenají důležitou životní jistotu a podporu. Při vzniklém postižení dochází ke změnám všech oblastí života, a tudíž také problematiky partnerského a rodinného života. Konkrétně lze jmenovat změny v sociálním statusu vlivem změn v zaměstnání, zájmech, či sebepojetí a naopak (Finková, Ludíková, Růžicková, 2007). Jedinec pocítuje svou náhlou závislost na okolí, upadá do stavů méněcennosti, což může vyústit až v stádium sebevražedných pokusů či přinejmenším myšlenkách na toto téma.

Vše výše zmíněné však záleží na individualitě jedince. Zásadním krokem k překonání uvedených skutečností je včasné, respektive okamžité užití sítě služeb podpory, které poskytují systém vyrovnávacích strategií od prvotního poskytnutí informací o vzniklých změnách o zdravotním stavu a jeho dopadů, skrze psychické přijetí a vyrovnání se se situací, absolvování programu ucelené rehabilitace až po reintegraci jedince do společnosti v co nejvyšší možné míře, potažmo dosažení optimální úrovně kvality života.

4.2.1. Reakce a vyrovnávání se se ztrátou zraku

Jak už jsme v předcházející podkapitole naznačili, první reakci po výskytu zrakového postižení nazýváme fází počátečního šoku. Může se navenek projevovat jako pasivita vůči okolnímu světu jako úzkost a strach z budoucnosti. Přítomný může být také strach ze ztráty sociálního statusu, blízkých osob, kontaktů (Kimplová, 2010). Psychologicky označení stavu jako celkové zhroucení psychiky je nutno řešit okamžitě, vhodná je například spolupráce s pracovníky krizové intervence.

Následovná fáze má podobu tzv. reaktivní deprese, kdy jedinec hledá viníka své situace v jiných, vyskytují se u něj projevy agrese, vzteku i na vlastní osobu. V tomto stádiu přicházejí i zmiňované sebevražedné pokusy. Jako strategie na překlenutí do další fáze vyrovnávání se se svým stavem se nedoporučují jakékoliv snahy o potlačování či zamezení těmto projevům, i když je jejich odeznění nutnou podmínkou k počátku rehabilitace. Jako účinný prostředek při přetrvávajících problémech se jeví psychoterapie (Kimplová, 2010).

Poslední období, provázeno zprvu počátkem zájmu o změnu aktuální situace závislosti na druhých, se dá v širším kontextu vymezit pojmem ucelené rehabilitace, respektive jejich jednotlivých výstupů.

5. Praktická část

V předchozích kapitolách jsme pojednali o úskalích získaného zrakového postižení a jeho dopadu na kvalitu života jedince. Popsali jsme také rehabilitační střediska, kterými tyto osoby přecházejí v snaze znovu si zajistit pracovní uplatnění. Rovněž jsme naznačili námi preferovaný model kvality života, který následně využijeme při objektivně – subjektivním zkoumání kvality života klientů a jeho porovnání.

Hlavní myšlenkou výzkumu popsaného v praktické části práce je analyzovat kvalitu života vybraných klientů rekvalifikačních a rehabilitačních středisek se zastoupením v počte jednoho střediska na území České republiky a rovněž jednoho na území Slovenské republiky, kdy jako dílčí cíl vnímáme jejich porovnání se zřetelem zejména na oblast pracovní a oblasti vyrovnání se se získanou vadou zraku v jejích důsledcích. Jedná se o průřezovou studii se snahou zachytit situaci týkající se celkové kvality života v jednom okamžiku skrze klíčové oblasti života jedince.

Takto uspořádaná studie tedy neumožňuje sledování vývoje kvality života, respektive jejich subjektivního pohledu na jednotlivé životní oblasti vyplývající z modifikující se pracovních podmínek či zdravotního stavu, může nám však pomoci definovat řebříček hodnot osob nacházejících se v tomto stádiu vyrovnávání se se specifickými životními podmínky. Tyto poznatky se následně dají eventuálně aplikovat jako teoretické východisko při snaze o zdokonalení služeb rehabilitačních a rekvalifikačních středisek pro osoby se zrakovým postižením.

Pro analýzu kvality života klientů je použita metoda hodnocení strukturovaným a standardizovaným dotazníkem SQUALA, jenž je doplněna o základní kategorizační údaje a subjektivní hodnocení konkrétního střediska. Dále se práce zabývá porovnáním výsledků vybraných středisek s ohledem na výzkumné předpoklady.

5.1. Výzkumné předpoklady

1. Osoby se zrakovým postižením nemohou po ztrátě zraku žít srovnatelně kvalitní a samostatný život jako tomu bylo dopsud.
2. Klientela, nabídka kurzů i vybavení obou pracovišť jsou si velice podobné, tudíž i kvalita života klientů by měla být srovnatelná.
3. Pobyt v rekvalifikačním středisku jakožto dlouhodobá izolace od prostředí, ve kterém klienti žili před jeho nástupem, působí negativně na jejich kvalitu života.
4. Pro klienty je důležitá hodnota práce, pracovního uplatnění.

5.2. Metodologie výzkumu

Pro dosažení uspokojivých výsledků výzkumu v souvislosti s kladenými předpoklady a dodržení současného pojetí problematiky kvality života práce užívá statistické kvantitativní metody pomocí techniky polostrukturovaného dotazníku.

Dotazník SQUALA jako sebesposuzovací dotazník vycházející z Maslowovy teorie potřeb je v České republice standardizován verzí QOL SQUALA-CZ. Pro klienty v RS ZP Levoča byl dotazník přeložen jako celek i s jeho zbylými částmi, aby tak v co největší možné míře korespondoval s českou verzí.

Při hodnocení výsledků získaných dotazníkovým šetřením byly proměnné zaznamenány do tabulek nebo grafů, kdy se pod každým z nich nachází shrnutí nejrelevantnějších údajů v souvislosti s dalším průběhem práce a porovnání výsledků obou pracovišť. S takto zpracovanými výsledky je následně pracováno při zodpovězení výzkumných předpokladů.

5.2.1. Dotazník kvality života

Ve výzkumném šetření se užívaný dotazník dělí na následující čtyři části:

V první části se po obeznámení s prací s dotazníkem nachází sociodemografické údaje klientů: pohlaví, věk, bydlení, ukončené vzdělání, zaměstnání, hmotné zabezpečení, vztahy s biologickou rodinou, rodinný stav. V téže části se uvádí také současná primární neboli oční diagnóza klientů a případné další zdravotní potíže klientů.

Ve druhé a třetí části šetření hodnotí subjektivní vnímání důležitosti a spokojenosti s popsány 23 životními oblastmi a hodnotami, které reflektují vnější i vnitřní realitu každodenního života. Části jsou již ve verzi dotazníku zpracovány ve formě jednoduché tabulky, respondent tedy zaznamenává na hodnotící škále výběrem ze stejných čtyř možností. V druhé části týkající se důležitosti daných oblastí jsou to hodnoty – nezbytné, velmi důležité, středně důležité, málo důležité nebo bezvýznamné. Ve třetí části dotazníku pak klient vybírá ze škály možností od zcela spokojen, velmi spokojen, spíše spokojen, nespokojen až po velmi zklamán. Hodnotící oblasti zahrnují následovně: být zdravý, fyzicky soběstačný, cítit se psychicky dobře, mít příjemné prostředí a bydlení, dobře spát, rodinné vztahy, vztahy s ostatními lidmi, mít a vychovávat děti, postarat se o sebe, milovat a být milován, mít sexuální život, zajímat se o politiku, mít víru, odpočívat ve volném čase, mít koníčky ve volném čase, být v bezpečí, práce, spravedlnost, svoboda, krása a umění, pravda, peníze, dobré jídlo.

Poslední, čtvrtou část dotazníku tvoří soubor otázek směřujícím k vyrovnanosti klienta se svým aktuálním zdravotním stavem, konkrétně zejména pak se zrakovým postižením. Dále se dotazník věnuje spokojenosti s konkrétním rehabilitačním střediskem v jeho hlavních složkách a také s aktuální nabídkou rekvalifikačních kurzů.

5.3. Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum probíhal na vybraných skupinách klientů rehabilitačních a rekvalifikačních středisek RS ZP Levoča a Dědina o.p.s. Pro optimalizování podmínek hodnocení výsledků šetření se v našem návrhu dotazovaná skupina měla vymezit na vybranou třídu rekvalifikačního kurzu Obsluha osobního počítače poskytovaném v rámci nabídky kurzů obou pracovišť, a to z důvodu umožněné anonymity při shromažďování dat formou individuálního elektronického vyplnění a zaslání skrze společnou emailovou adresu dané skupiny. Tento cílený výběr zajišťuje také zaměření na skupinu klientů s absolvovaným programem sociální rehabilitace, kdy se předpokládá vyšší úroveň vyrovnanosti se získaným zrakovým postižením se všemi jeho důsledky, a tak přináší možnost pozorovat spokojenost s pracovní oblastí v momentě, kdy klient již absolvuje reálné kroky k její optimalizování. Bohužel komparace středisek z hlediska podmínek sběru dat nebyla umožněna popsáním způsobem na obou pracovištích, nýbrž jenom v RS ZP Levoča. V rehabilitačním a rekvalifikačním středisku pro nevidomé Dědina o.p.s. se tato námi navržená metoda nejevila jako realizovatelná z důvodu nedostatečné úrovně znalosti práce s osobním počítačem u klientů střediska v čase šetření přítomných. Zkoumaný vzorek tak ve výsledku pozůstával z heterogenní skupiny klientů absolvujících v současné době různé programy či rekvalifikační kurzy střediskem zastřešované anebo zaměstnaných v chráněné dílně střediskem zajišťované. Sběr dat proběhl formou individuálního dotazování na jednotlivé položky, kterou nelze z hlediska anonymity či otevřenosti klientů považovat za zcela ideální. Oproti tomu zkušenosti s rehabilitačními a rekvalifikačními programy a jejich dopad na kvalitu života jsou u těchto klientů široké a dobře měřitelné, nakolik se převážně jedná o klienty chráněných dílen absolvujících programy v minulosti, a právě v tomto středisku.

Věkové rozpětí respondentů je determinováno produktivním věkem klientů, konkrétně bylo v našem šetření zaznamenáno od 29 do 54 let. Výjimkou jsou pouze dva klienti střediska Dědina o.p.s. ve věku 62 a 65 let. Spolupráce po dohodě s vedením pracovišť probíhala s respondenty RS ZP Levoča formou návštěvy v rámci vyučovací jednotky rekvalifikačního kurzu, respondenti v Dědina o.p.s. byli oslovoováni v průběhu jejich výuky nebo pracovní činnosti a dle jejich preferencí byly dotazováni během této činnosti a nebo v prostorách jídelny poskytnutých vedením střediska, kde ovšem také opět nebyla zajištěna anonymita klientů

v důsledku výskytu jiných osob v čase přestávek. Z oslovených se spolupráci přiklonilo 100 % účastníků. Jejich početné zastoupení činí devět osob při každém z pracovišť. Jedná se o heterogenní skupiny z hlediska pohlaví. Z hlediska kategorizace zrakové vady se klienti sami řadí zejména dle v teoretické části popsané klasifikace WHO. Nejčastější zastoupená je diagnóza úplné a praktické nevidomosti, klienti dále také své zrakové postižení definují jako těžce slabý zrak či uvádí jednotlivé příčiny ztráty zraku se zastoupením diabetické makulopatie, zeleného zákalu, nádorového onemocnění či hyperoxie při porodu.

V souvislosti s etikou výzkumného šetření je také nezbytné dodat, že participace klientů obou středisek byla postavena na jejich dobrovolnosti a proběhla z naší strany v naprosté anonymitě. Před začátkem distribuce dotazníků, v rámci vyučovací jednotky či individuálně, proběhlo tedy informování o účelech výzkumu, jeho anonymitě a dobrovolnosti v ústní podobě a také se tyto informace nacházeli v úvodní části dotazníku.

5.4. Výsledky studie

Jako zásadní fakt ovlivňující následující výsledky měření je nutno připomenout již v teoretické části zmiňovanou skutečnost o vlastnictví pracovišť. Budova střediska Dědina o.p.s. je pod správou SONS ČR, kdežto RZ ZP Levoča patří státu Slovenské republiky. Z toho by mohli vyplývat vícere faktory ovlivňující měření, zejména v oblasti hodnocení spokojenosti se střediskem a životními oblastmi, které se k podmínkám ve středisku úměrně vážou. S rostoucí délkou pobytu je možná větší aklimatizace v prostředí a také to zaručuje delší trvání odborné psychologické podpory, avšak zároveň by mohlo připadat v úvahu také strádání přirozeného prostředí či sociálních vztahů. Vybraní klienti Dědiny o.p.s. však navzdory krátkodobým programům setrvávají v současné době ve středisku několik let díky jeho nabídce práce v chráněné dílně. Srovnatelná délka jednotlivých kurzů v tomto případě působí zavádějící, jelikož klientům státního zařízení je pobyt se všemi náklady plně hrazen, což způsobuje jejich setrvávání na dobu i několik let a absolvování vícerych kurzů. Oproti tomu klienti Dědiny o.p.s. si své kurzy pravděpodobně vybírají pečlivěji, avšak mají po rekvalifikaci možnost získat pracovní uplatnění ve středisku. Vzniká tak zcela odlišný pohled na pobyt či docházení klientů nejen z hlediska financí jako takových ale především ve vnímání a hodnocení instituce. Konkrétně lze v RS ZP Levoča délku pobytu charakterizovat rozpětím od 7 do 30 měsíců, v průměru se pak se zaokrouhlením na měsíce jedná o délku 23 měsíců. V Dědina o.p.s. se délka pobytu, často v současnosti již v kombinaci s prací v chráněné dílně pohybuje od 1,5 roku do délky 14 let, kdy průměrná délka pak činí po zaokrouhlení 7 let.

Tento poznatek je tedy možné brát v potaz v souvislosti s hodnocením zejména ve čtvrté části dotazníku, ke kterému se vyjadřujeme v následujícím textu.

Z první, kategorizační části šetření je možné poznamenat, že většinové zastoupení v RS ZP Levoča, konkrétně 55,56 % představují respondenti – muži, naopak pak z oslovených klientů Dědina o.p.s. byla větší polovina respondentů obsažena ženami, a to konkrétně v 66 %.

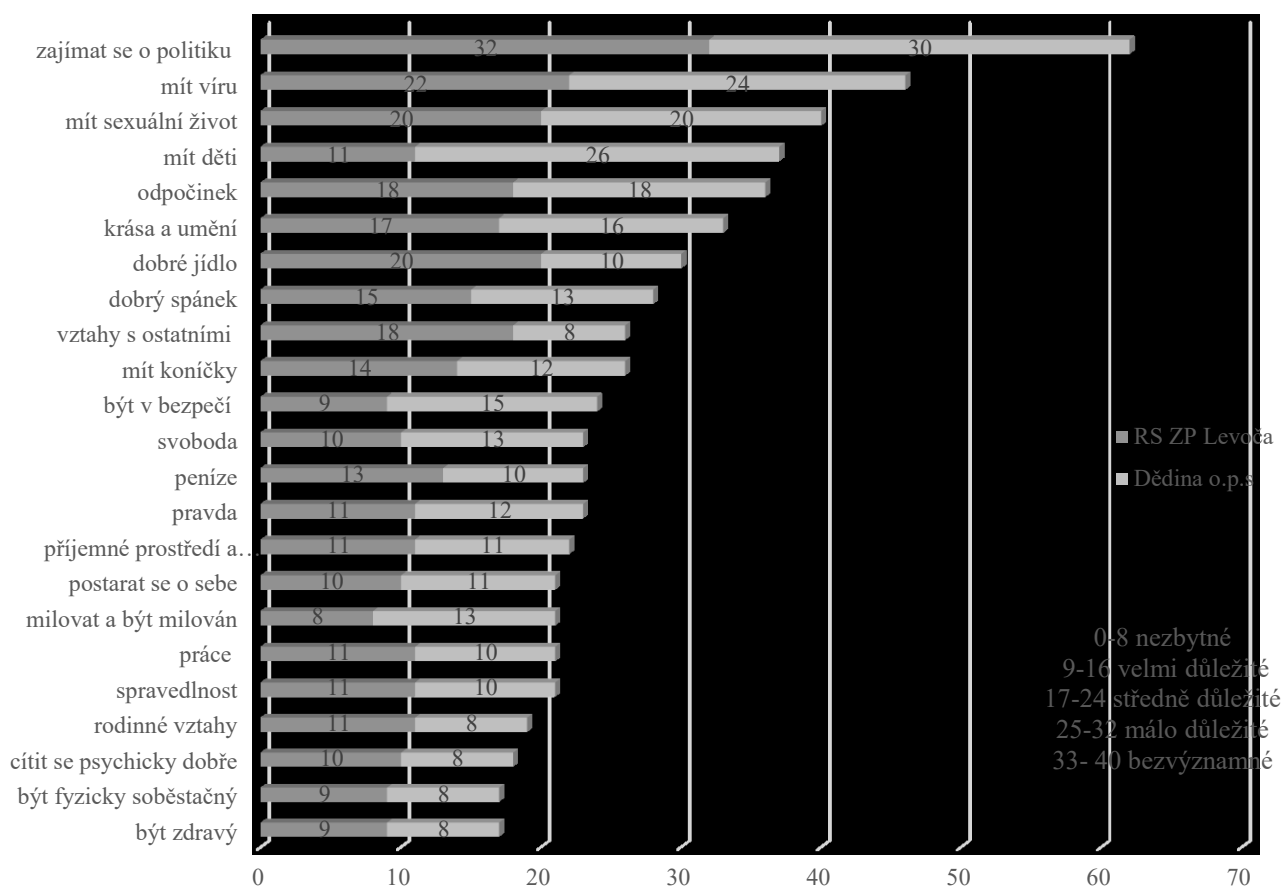
Z hlediska našeho zkoumaného zájmu, jen pro nastínění sociodemografických údajů, v stručnosti představujeme po vyhodnocení sběru dat vytvořenou tabulku s výsledky zbylých položek, avšak pro zodpovězení stanovených výzkumných předpokladů je nevnímáme jako relevantní materiál ve smyslu zásadního ovlivnění současné kvality života v souvislosti se získaným zrakovým postižením či pobytem v rekvalifikačním středisku.

bydliště	do 10 000 obyvatel		od 10 000 do 50 000 obyvatel		od 50 000 do 100 000 obyvatel		nad 100 000 obyvatel	
	3	1	4	1	2	4	0	3
ukončené vzdělání	základní		střední bez maturity		střední s maturitou		vysokoškolské	
	0	1	4	7	4	1	1	0
hmotné zabezpečení	podprůměrné		průměrné		nadprůměrné			
	3	2	5	7	1	0		
vztahy s rodinou	pravidelně udržujem		občas se navštěvujeme		neudržujeme žádný kontakt			
	8	5	1	3	0	1		
rodinný stav	svobodný/á		vdovec/vdova		ženatý/vdaná			
	8	6	0	1	1	2		
děti	ano		ne					
	1	3	8	6				

Lze konstatovat, že početní převahu má zástupce středisek ve průměrném věku 42 let, žijící ve městě s počtem obyvatel od 50 000 do 100 000, s dosaženým středním vzděláním bez maturity, průměrným hmotným zabezpečením, pravidelně udržující kontakt s rodinou, svobodný a bezdětný. Z uvedeného také vyplývá nezodpovězené podhoubí důležitosti těchto údajů pro klienty samotné, kterému se věnujeme v následujícím textu.

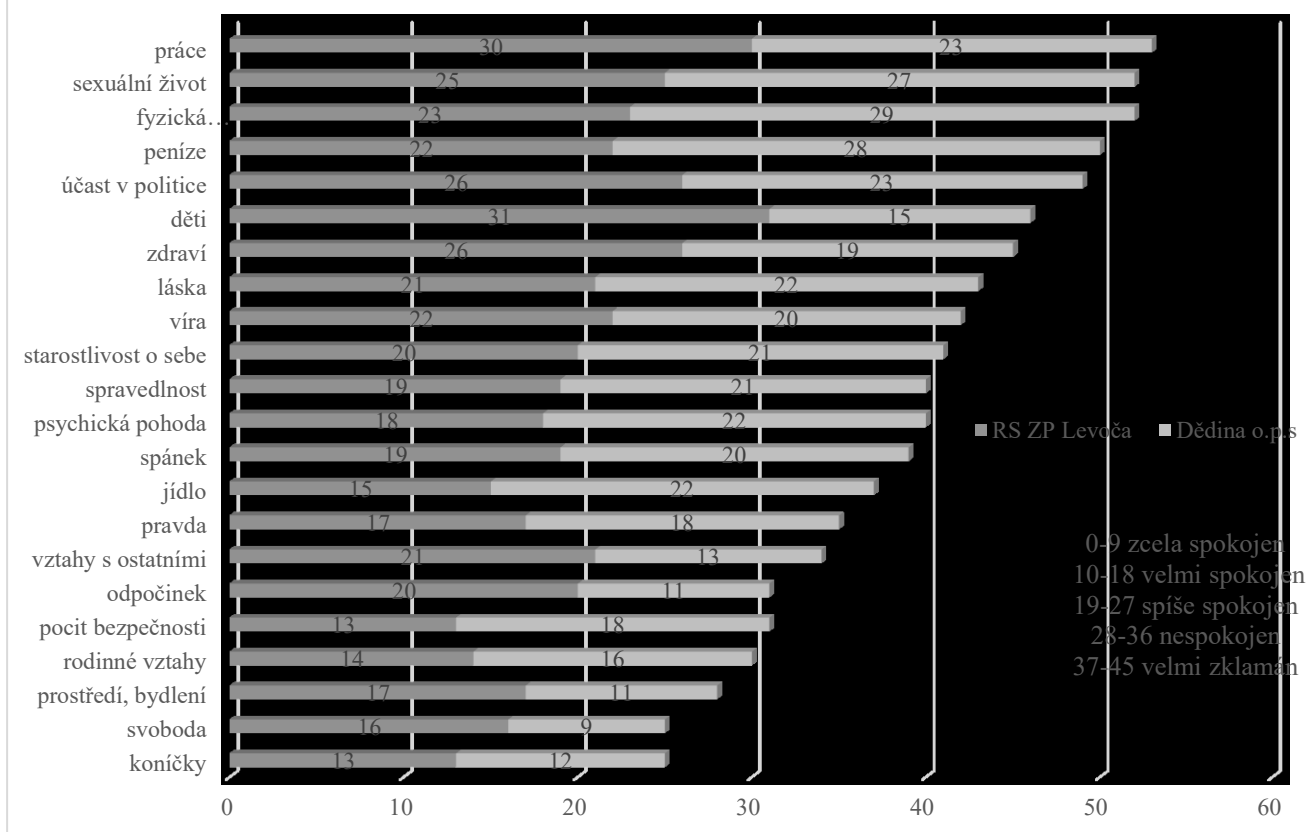
Výsledky druhé a třetí části výzkumného šetření, a tedy samotného standardizovaného SQUALA dotazníku jsou v následující dvojici tabulek zpracovány pro porovnání dle zastoupení jednotlivých odpovědí změnou pořadí oblastí z hlediska jejich důležitosti a spokojenosti s nimi. Nejvyšší počty dosahují oblasti s nejmenší důležitostí/ spokojeností a naopak. Vzniká tak pořadí specifické pro danou skupinu uvedené níže:

Hodnocení důležitosti



Co se týče hodnocení důležitosti, většina klientů jako nejdůležitější uvádí oblasti týkající se zdraví, fyzické a psychické pohody, soběstačnosti, či rodinných vztahů. Tyto oblasti sehrávají v porovnání s prací podstatnější roli v životě klientů, co potvrzuje i fakt, že 5 z celkových 18 dotázaných hodnotí oblast pracovní jako méně než nezbytnou. Důležitými se jeví také přítomnost svobody, lásky, spravedlnosti, či dobré podmínky k bydlení. Překvapivým výsledkem shledáváme oblast odpočinku, kterou klienti obou středisek hodnotí na škále jako středně důležitou, což s jejich aktuální situací pobízí k následovnému šetření jejich spokojenosti s nabídkou aktivního užití volného času v rámci pobytu ve středisku, které sami hodnotí jako velmi důležité. Za nejméně důležité klienti považují zájem o politiku, přítomnost víry či sexuálního života.

Hodnocení aktuální spokojenosti



Ze třetí, opět standardizované části dotazníku SQUALA, vyplývá ve všeobecnosti převaha spokojenosti se životními oblastmi. Jsou zde však patrné, zejména při přihlédnutí k předešlé části dotazníku, vícere oblasti dokumentující ne zcela ideální aktuální stav. Jako zásadní poznatek vnímáme víceméně srovnatelnou nespokojenost s pracovní oblastí z výsledků obou pracovišť, přičemž po přihlédnutí k důležitosti této oblasti v životě klientů se tato nespokojenost dá hodnotit o to významněji. Mohli bychom tuto skutečnost ovšem hodnotit pozitivně vzhledem k místu pobytu či návštěv klientů, jako snahu, proces změny směřující ke zlepšení stavu v dohledné budoucnosti. Podobná situace nastává při životních oblastech týkajících se zdraví, fyzické soběstačnosti, starostlivosti o sebe, lásky či peněz. Zajímavá diferenciací výsledků ve zkoumaných skupinách pak nastává v oblasti výchovy dětí, kdy klienti RS ZP Levoča pokládají oblast za důležitou a se současným stav jsou výrazně nespokojeni a naopak. Dosažená harmonie v pro klienty důležitých oblastech nastává v rodinných vztazích, pocitu bezpečí či svobody. Z této části šetření je také možné vyzdvihnout spokojenost s jídlem, bydlením či využíváním volného času, a to v obou měřených střediscích. Oblast aktivní užití volného času klienti dokonce hodnotí jako nejvíce přibližující se ideálu. Jelikož tyto položky jsou v předešlé části hodnoceny relativně vysoce na škále důležitosti, je

možné soudit, že pobyt v rehabilitačním středisku kvalitu života v rámci těchto základních měřitelných oblastí, které pracoviště poskytují, ovlivňuje pozitivním způsobem. Ke konkrétním měřením v rámci této problematiky se dostáváme v poslední, čtvrté části vyhodnocení dotazníku. Ještě předtím však považujeme za nevyhnutné zmínit v souvislosti s předcházejícími částmi šetření následující skutečnost.

Seřazení či možné přehodnocení řebříčku hodnot souvisí, mimo časové délky pobytu ve středisku či doby vzniku postižení spojené s již alespoň částečně proběhlým vyrovnáním, i s osobnostními vlastnostmi, což v podstatě souhlasí i jako výčet determinantů užitých při hodnocení celé třetí části měření. Lidé si obecně ve stejných situacích počínají různě a také je různě zpracovávají, proto bychom faktory jako je osobnostní charakteristika či náboženské vyznání neměli z měření kvality života vypouštět. V SQUALA dotazníku se těmto oblastem věnuje hodnota víry či spravedlnosti. K podrobnějšímu šetření osobnostní sféry jsme se nepřiklonili, nicméně ji považujeme z hlediska subjektivní kvality života za klíčovou ve smyslu utváření individualizovaných životních hodnot.

Poslední část, jak jsme již výše zmínili, pojednává o konkrétních oblastech střediska z hlediska spokojenosti klientů, dále poskytuje prohloubené poznatky z oblastí souvisejícími s aktuálním zdravotním stavem klientů a důsledky, které tento stav způsobuje zejména v otázce psychické vyrovnanosti a přijetí nových skutečností. V neposlední řadě se dotazník věnuje aktuální nabídce rekvalifikačních kurzů či dalším plánovaným životním krokům klientů.

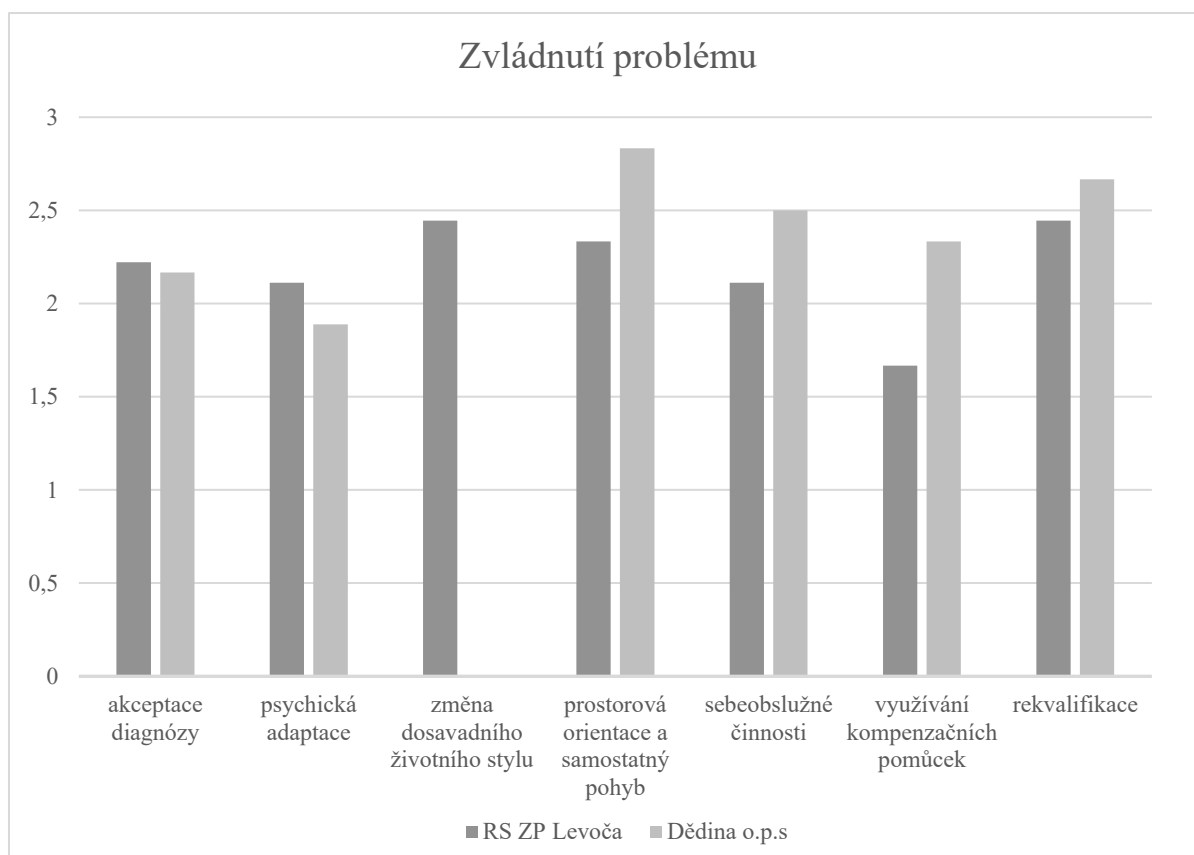
Spokojenost klientů s aktuálními podmínkami středisek zobrazuje následující graf výsledků měření:

	vybavení	bydlení	strava	personál	kompensační pomůcky	volnočasové aktivity	vztahy mezi klienty
RS ZP Levoča	4,6	4,7	4,7	5	4,7	4,5	3,5
Dědina o.p.s.	4,1	3,8	4,1	4,1	-	3,8	4,1

Z tabulky jasně vyplývá již zmíněná skutečnost, že klienti jsou s podmínkami, které oba pracoviště poskytují, spokojeni. Jejich průměrná hodnota se na číselné osy od 1 do 5, kdy nejvyšší hodnota představu největší možnou spokojenost, pohybuje jen od čísla 3 výše, průměrná hodnota všech dotazovaných pak činí po zaokrouhlení cifru 4,4. Za oblast s nejméně příznivými podmínkami respondenti určují vztahy mezi klienty, což ovšem nelze pokládat za nedostatek střediska jako instituce zejména v RS ZP Levoča (3,55), kde jsou nám známé

rozmanité a všestranné volnočasové možnosti činností v rámci středisek, které zahrnují i sociální interakce, a také fakt, že klienti důležitost mezilidských vztahů nehodnotí jako nezbytnou, nýbrž jako středně důležitou. Není tak potřeba tomuto aspektu kvality života připisovat v jejich aktuální situaci větší než nimi samotnými stanovenou pozornost. Ve středisku Dědina o.p.s. je systém volnočasových aktivit nastaven zcela jinak, jak již popisujeme v teoretické části práce, avšak tito klienti hodnotí vztahy mezi ostatními jako nevyhnutelné a také je jejich aktuální spokojenost se vztahy v rámci střediska vyšší (4,16). Paradoxem se pak jeví, že již zmíněné volnočasové aktivity klienti Dědiny o.p.s. hodnotí mnohem negativněji (3,88) nežli v RS ZP Levoča (4,5), zároveň tak můžeme odhadovat, že vliv střediska jako instituce v rámci snách o aktivní vyplnění volného času skutečně nehraje roli v pozitivnějším hodnocení interakcí klientů. Ve středisku Dědina o.p.s. nebyly možné měření v oblasti kompenzačních pomůcek, které klienti chráněných dílen nevyužívají, a i u zbylých jedinců byla zaznamenána skutečnost, že některé pomůcky používají vlastní.

Dále jsme v této části výzkumu hodnotili spokojenosti klientů se současnou výkonností a omezení z ní plynoucích. Také respondenti zodpověděli dotazy týkající se jejich psychické vyrovnanosti spojené s aktuální životní situací, čímž jsme rozšířili získané údaje z této oblasti z předcházejících částí výzkumného šetření, nakolik je my a zejména samotní klienti považujeme za klíčové. Tyto měření jsou zaznamenány v následujícím grafu s názvem Zvládnutí problému, které v procesu získávání dat byly uvedeny dotazem na největší potíže spojené s jednotlivými kategoriemi. Dotazovaní pak hodnotili dle pětibodové stupnice s legendou popisující číselné hodnoty od 1 jakožto žádné problémy s uvedenou kategorií, 2 – menší obtíže, 3 – dělalo problémy, 4 – velké problémy a 5, která představuje dosavadní nezvládnutí problému.



Ve sledovaném vzorku nebyl žádný klient hodnotící zmíněné kategorie jako doposud nezvládnuté, průměrné hodnoty jakožto ztotožnění s odpovědí přiznání obtíží, které však přetrvávají buď ve zmírněné podobě anebo jsou překonány, hodnotíme jako uspokojivý výsledek pravděpodobně související také s činnostmi rehabilitačních a rekvalifikačních středisek, a tedy s jejich pozitivním ovlivňováním ve spojitosti s kvalitou života klientů. Hodnoty naměřené ve středisku Dědina o.p.s. jsou o něco vyšší, což v tomto případě, i přes mnohem delší dobu navštěvování střediska a také vyššího průměrného věku klientů, který by v této oblasti dle našich předpokladů mohl sehrávat spíše roli pozitivní, znamená negativnější zvládání obtíží vyplývajících z vady zraku. Bohužel se opět u klientů Dědiny o.p.s. nemohli realizovat měření všech kategorií, jelikož respondenti uvádí dobu vzniku vady zraku jako prenatalní či perinatální, a tudíž v oblasti změn dosavadního životního stylu nemají zkušenost anebo proběhla v dětském věku, na který si v těchto souvislostech již nevzpomínají. Pozoruhodnou se jeví hodnota psychické adaptace, která u klientů středisek představuje téměř srovnatelnou hodnotu, i když je nám známo, že většina klientů slovenského střediska má zrakovou vadu získanou v době relativně nedávné, naproti čemuž klienti střediska Dědina se s vadou zraku můžou psychicky vyrovnávat již od narození.

Dalšími měřenými atributy se v této části šetření stali otevřené otázky týkající se životních cílů a plánů, jednak minulých, kterých se klienti museli vzdát, ale také budoucích. Respondentům byly poležené následující 3 otázky:

- Musel/a jste velmi slevit ze svých nároků a vzdát se životních cílů? Oznámkuje prosím číslem 1 až 5, když hodnota 1 značí žádné změny a hodnota 5 absolutní.
- Plánujete pokračovat ve svém zaměstnání případně se rekvalifikovat na jiné povolání nebo nikoliv?
- Jaké máte plány a cíle do budoucna?

Odpovědi na první otázku tohoto bloku se liší, dle předpokladů. Klienti RS ZP Levoča jakožto zástupci osob se zrakovým znevýhodněním získaným své přehodnocení životních cílů či nutnou změnu nároků vnímají intenzivněji (3,5) než klienti Dědiny o.p.s. jakožto osoby s vadou zraku vrozenou nebo získanou perinatálně (2,8).

V otázce dalšího zaměstnání se klienti střediska v Levoči v 66 % připravují na návrat do zaměstnání, avšak u všech je zjištěna plánovaná změna předchozího zaměstnání, kdy u poloviny z nich se předpokládá v budoucím zaměstnání užití masérského rekvalifikačního kurzu. Také ve středisku Dědina o.p.s. plánuje 50 % klientů pracovní činnost, konkrétně pokračování v práci ve chráněné dílně, zbylých 50 % se v důsledku pokročilého věku či jiných faktorů zaměstnat neplánuje. Ani jeden klient zde neuvažuje nad zaměstnáním mimo středisko.

I v otázce osobních plánů se respondenti jakožto zástupci středisek svými odpověďmi liší. Zatímco klienti střediska v Levoči plánují věnovat svůj čas dalšímu studiu, práci či rodině, klienti střediska v Dědině na tento dotaz převážně neodpovídali. Tento rozdíl výsledků je však možné zdůvodnit rozdílnými metodami výzkumu, jak jsme je již popsali v podkapitole zabývající se tímto problémem. Nicméně lze konstatovat, že z celkového obsahu rozhovorů s klienty Dědiny o.p.s. můžeme cítit nadšení v oblasti širší rodiny či umění, spíše specifických individuálních zájmů jednotlivých respondentů.

Poslední zkoumaná oblast zahrnuje opět otevřené otázky na téma spokojenosti s pobytem či návštěvami střediska i v souvislosti s nabídkou kurzů. Respondentům byly kladeny následující dotazy:

- Jste spokojen/a se současnou nabídkou rekvalifikačních kurzů?
- Jaké kurzy Vám v současné nabídce chybí?
- Jste spokojen/a s celkovým průběhem Vašeho pobytu, vnímáte ho jako omezení v porovnání s Vaším běžným životem?

Při hodnocení spokojenosti se současnou nabídkou se v obou případech projevila výrazná spokojenost (88%). Jako negativum v RS ZP Levoča jeden z respondentů zmiňuje zrušení akreditace na reflexní masáž, kterého okolnosti jsme již popisovali v teoretické části práce.

Při dotazování na další možné kurzy se u klientů v obou střediscích, zejména však Dědině o.p.s. projevil překvapivý jev jmenování uměleckých aktivit, které by se spíše mohli pojímat jako volnočasové (zpěv, tanec, skládání hudby). Je možné si tuto skutečnost vysvětlit nedostatkem realizovaných činností ve volném čase klientů střediska.

V případě porovnání života ve středisku se životem v domácnosti či jiném předchozím prostředí se opět klienti shodují na spokojenosti a nevnímání jakékoliv omezení, a to konkrétně v počtu 100 % u obou pracovišť.

5.5 Diskuze vztažena k závěrům dotazníkového šetření

1. Osoby se zrakovým postižením nemohou po ztrátě zraku žít srovnatelně kvalitní a samostatný život jako tomu bylo doposud.

Při plánování šetření jsme předpokládali sníženou hodnotu kvality života u klientů zejména v oblasti fyzického a duševního zdraví, v oblasti pracovní či socioekonomické. Získaná zraková vada přináší četná omezení, proto by snížení ve zmíněných oblastech mělo své opodstatnění. Konkrétně hovoříme o omezení fyzické soběstačnosti, nutné změně prostředí ale také plánů spojených s pracovním či osobním životem. Vzniklá situace může i klientů vést k pocitům nespokojenosti či méněcennosti.

V našem vzorku respondentů byla potvrzena nižší kvalita života v oblasti fyzické soběstačnosti a zdraví, což odpovídá předpokladu. Také snížené hodnoty vnímáme v oblasti pracovní či ekonomické. Avšak ve vícerych pro klienty hodnotných oblastech můžeme sledovat relativní spokojenost se současným stavem. Konkrétně se jedná o oblasti duševního zdraví či vztahů s rodinou. Stejně tak v oblasti současných životních podmínek ve smyslu prostředí či užití volného času byla zjištěna relevantně vysoká kvalita života.

Jak již konstatujeme v teoretické části práce, kvalita života je vždy vyhodnocována individuálně na základě četných vnějších ale také vnitřních faktorů ovlivňujících jedince, a i když jsou přijaté předpoklady k existenci faktorů tuto kvalitu obecně zhoršujících, není možné tuto hypotézu postavit za předpokladu absence komplexního vnímání všech faktorů a jejich individuální důležitosti v životě člověka. V

případě získaného zrakového postižení významnou roli sehrává čas, jedinec si postupně uvědomuje své omezení, pracuje na nich, pozměňuje svůj žebříček hodnot a adaptuje se na nově vzniklou situaci. Toto tvrzení spolu s výsledky dotazníkového šetření nacházející se prakticky v každé ze zkoumaných oblastí může doložit relativní spokojenost klientů s jejich aktuální kvalitou života. Nelze však vyvrátit fakt, že i přes snahy klientů se se vzniklou situací vyrovnat, přehodnotit své dosavadní cíle a spokojit se s aktuální životní realitou, je z šetření patrná neukončenost tohoto procesu, citelná zejména z otevřených otázek v poslední části dotazníkového šetření, která omezuje hodnotu srovnatelné kvality života s její pravděpodobnou úrovní v předešlém období, kdy nebyla získaná zraková vada a z ní vyplývající negativní vlivy na celkovou kvalitu života klientů přítomna. Taktéž lze zejména ze zmíněné poslední části šetření konstatovat uvědomění si determinovanosti svého osudu v souvislosti s vadou zraku a omezeními s ní spojenými, které klienti hodnotí jako podstatný negativní vliv nejen současné, a i následující kvality života.

V neposlední řadě trvalá ztráta zaměstnání či jeho nutná změna formou rekvalifikace jakožto specifický faktor získaného zrakového postižení, prožívané zejména v aktuální fázi života klientů, ale také opět ve své podstatě již nezvratné, výrazně negativně ovlivňuje současnou kvalitu života, která tak může řešený výzkumný předpoklad jen potvrdit.

Obecně lze říci, že čistě z objektivního hlediska je zhoršení kvality života jednoznačné v mnohých oblastech pojímaje fyzickou soběstačnost, pracovní uplatnění či využití volného času. Také výsledky šetření jakožto subjektivní hodnocení kvality života prokazují snížené hodnoty ve vícerych oblastech právě v souvislosti se získanou zrakovou vadou. Lze tak výzkumný předpoklad označit za potvrzený.

2. Klientela, nabídka kurzů i vybavení obou pracovišť jsou si velice podobné, tudíž i kvalita života klientů by měla být srovnatelná

I když je nabídka kurzů bez menších rozdílů, respektive variant srovnatelná, zkoumaný vzorek představil dvě odlišné skupiny klientů v návaznosti na jednotlivá střediska. Tato difference se dotýká jednak věkového rozpětí, prostředí, ze kterého klienti přicházejí či dosaženého vzdělání.

Vybavení pracovišť se zásadně neliší, zejména co se týče jednotlivých učeben dílen či společných prostor. Jako jediný podstatný rozdíl, na který i sami klienti upozorňovali, vnímáme menší prostornost objektu Dědina o.p.s. Vzhledem k odlišně

pojatému organizování aktivního užití volného času pak také vzniká rozdíl mezi přítomností kvalitně vybavené tělocvičny či posilovny v RS ZP Levoča a rehabilitační zahrady v Dědina o.p.s.

Navzdory těmto rozdílům bychom na základě výsledků třetí a čtvrté části dotazníkového šetření mohli kvalitu života klientů hodnotit jakou srovnatelnou, a tudíž výzkumný předpoklad označit za zčásti verifikován. Konkrétně tyto výsledky v části třetí po součtu spokojenosti klientů ve všech zkoumaných oblastech a následným vytvořením dvojice průměrů těchto oblastí prokazují hodnoty 19,5 (RS ZP Levoča) a 19,0 (Dědina o.p.s.), jakožto hraniční oblast slovního pojetí hodnot velké spokojenosti a spokojenosti obecně.

Lehce nižší spokojenost klientů Dědina o.p.s. s aktuálními podmínkami střediska zaznamenanou v poslední části šetření kvantitativně kompenzuje líp zvládnuté přijetí a vyrovnání se se svým zrakovým postižením.

3. Pobyť v rekvalifikačním středisku jakožto dlouhodobá izolace od prostředí, ve kterém klienti žili před jeho nástupem, působí negativně na jejich kvalitu života.

Tento výzkumný předpoklad byl zcela vyvrácen zejména prostřednictvím výsledků na velice obdobně sestavený problém jakožto položku v poslední části dotazníku, kdy klienti obou středisek nevnímají v souvislosti s pobytem či navštěvováním střediska žádná omezení a kvalitu tohoto prostředí hodnotí srovnatelně s tedy kladně v zastoupení 100 % klientů.

Také tabulka aktuální spokojenosti uvedena ve třetí části výsledků dotazníkového šetření prokazuje výraznou spokojenost klientů s oblastí bydlení a prostředí obecně.

4. Pro klienty je důležitá hodnota práce, pracovního uplatnění.

Hodnota práce je v našem šetření zkoumána jednak v druhé části dotazníku jako samostatná životní oblast, ale i v jeho čtvrté části dotazy na budoucí plány v rámci pracovního uplatnění. Již samotný fakt, že se klienti účastní programů rekvalifikace či v současné době pracují v chráněné dílně bychom mohli vyhodnotit jako snahu klientů o pracovní zařazení. Po vyhodnocení výsledků šetření se také ukazuje, že klienti skutečně nejenže jeví zájem o práci, ale staví ve svém životě hodnotu práce na popřední příčky, a tak jejich snaha o nalezení pracovního uplatnění počínající rekvalifikací je zcela jistě podněcována zevnitř jako nezbytná součást jejich představy o kvalitním životě.

5.5.1. Doporučení pro speciálně pedagogickou praxi

Z uvedených skutečností vyplývá zásadní rozdíl ve vedení volného času klientů rekvalifikačních středisek. Zatímco v RSZP Levoča je zastřešena široká škála činností zejména sportovního charakteru v odpoledních hodinách či organizovaných aktivit i mimo areál střediska, v Dědina, o.p.s. se po skončení kurzů v denním režimu objevuje prostor pro vlastní činnost a zůstává pak na samotném klientovi, jak se svým volným časem naloží. Po úvaze nad různými pojetími této problematiky bychom zde chtěli nastínit naše závěry či doporučení.

Máme za to, že se tímto rozdílným nahlížením na problematiku reflektuje nejednotnost názorů na otázku samostatnosti jedince, která by měla být předmětem poskytované ucelené rehabilitace střediskem. Pojetí zahrnující možnou organizaci celého dne dle preference klienta lze pokládat za přínosné z hlediska budoucího aktivního pojetí volného času klienta. Prožití možnosti aktivního vyplnění každého dne by mohlo u jedince vyvolat návyk, který po absolvování rehabilitace či rekvalifikace stačí udržovat. V opozici vůči tomuto pohledu stojí však návyk jiného charakteru, a to spoléhání na druhých ve smyslu pasivního přijímání nabízených aktivit. Po absolvování programu pak klient ve svém přirozeném prostředí může zažívat obtíže s praktickými součástmi procesu nalézání aktivit, jakými jsou samostatný přesun na místo konání či administrativně-ekonomická část problému a podobně. Naopak na první pohled laxní přístup střediska Dědina, o.p.s. v sobě ukrývá řešení s podobnými úskalími spojenýma. V momentě, kdy klient již v průběhu ucelené rehabilitace se svým časem manipuluje sám, lze v něm podpořit myšlenku na jeho uspokojivé vyplnění bez nutnosti aktivní organizace či zapojení se střediska. Po absolvování kurzu tak jedinec nepocítuje zásadní změnu denního režimu v tomto ohledu a k vytvořeným aktivitám se může hned vrátit, respektive pokračovat na stejném místě mimo areálu střediska. I v tomto pojetí však vidíme jisté úskalí. Jedná se o nutnost podpory informovanosti o možnostech samostatných aktivit, nakolik se domníváme, že bez pestré škály činností představených například v úvodu pobytu ve středisku bychom klienti rychle mohli upadnout do pasivního přežívání volného času a po přechodu do přirozeného prostředí by pak se šance na nalezení volnočasových aktivit rovnala nule.

6. Závěr

Práci je v životě dospělého člověka možno považovat za jednu ze základních společenských rolí a životních hodnot celkově. Prostřednictvím zaměstnání si udržujeme jednak společenský status, sociální interakce, finanční zabezpečení. Může pro nás být ale také zdrojem radosti či uspokojení, aktivizační činitel k překonání pocitů vlastní méněcennosti či úzkosti z ostatních životních oblastí. Pro osoby se získaným zrakovým postižením se stává hodnotou, ke které je nutno se po změně jejich životní situace opětovně propracovat a tím znova dosáhnout co nejoptimálnější úroveň kvality života obecně. Z tohoto důvodu je brána jako klíčový parametr, od kterého se zejména praktická část práce odvíjí.

Tak jako ve všech oblastech, i v té pracovní se osoby se zrakovým postižením nejdříve setkávají s mnohými obtížemi. Nově vzniklé podmínky jim často zamezují výkon předešlého povolání, v nejlepším případě je zde nezbytná sociální rehabilitace. Stádium následné rekvalifikace, ve kterém se v naší práci zkoumaný vzorek klientů v současnosti nachází, předpokládá jistou míru vyrovnání se se vzniklou situací a nahlížení na nejen pracovní budoucnost v pozitivním světle.

Cílem této práce bylo zmíněné stanovisko potvrdit či vyvrátit a tím zprostředkovat ucelený pohled na problematiku kvality života osob se zrakovým postižením v této specifické situaci. Práce si také kladla za cíl jednotlivé střediska porovnat ve spojitosti s kvalitou života klientů, a tedy z hlediska vybavení, nabídky kurzů, mezilidských vztahů a podobně. Z hlediska subjektivního vnímání současného pojetí kvality života se práce zajímá také o ostatní hodnoty, jejich individuální seřazení a propojení, ve kterém lze často vypořádat jakousi záměnnost pracovní oblasti za jiné, v produktivním věku člověka často i zanedbávané domény.

Zdrojem informací se pro teoretickou část práce staly publikace, články a internetové zdroje zabývající se kvalitou života, zdravotním postižením či rehabilitací. Praktická část byla zpracována na základě výpovědí samotných klientů, respektive poznatků vypořádaných na jednotlivých pracovištích.

Výzkumné šetření stanovilo celkem čtyři zkoumané předpoklady, z nichž byl jeden zcela vyvrácen, další pak kolísá na hraně z důvodu víceroch ve výsledku nejednotně vyhodnotitelných zkoumaných prvků v jeho obsahu. Závěry, z předpokladů obecně vyplývající, lze považovat za očekávatelné. Výzkum poukazuje na fakt, že klienti právě práci či zdravotní stav hodnotí ve svých životech velice cenně, avšak aktuální podmínky jim nedovolují býti s těmato oblastmi plně spokojeni. Je zde ale patrná snaha o změnu situace, což

hodnotíme jako důležitý poznatek, který je jistě i výsledkem působení jednotlivých středisek. Také můžeme pozitivně hodnotit i snahu klientů o zaměření se na své koníčky či rodinu, jakožto způsob vyrovnávací strategie s dočasnou situací pracovní či spokojenost s pobytem ve středisku. V celkovém porovnání obou podskupin byly pak zjištěny vícere statisticky významné rozdíly, avšak v zásadních oblastech ovlivňujících život klientů jsou výsledky téměř totožné, proto zmíněné rozdíly nepokládáme za směrodajné a klienty jako výzkumný vzorek můžeme označit za homogenní z hlediska subjektivního náhledu na aktuální kvalitu života v sledovaných souvislostech.

Při zhodnocení všech uvedených poznatků lze konstatovat, že se cíle práce podařilo dosáhnout. Pro komplexní posouzení kvality života osob klientů rekvalifikačních středisek by však bylo třeba provedení rozsáhlejšího výzkumného šetření, sledujícího zejména časově rozsáhlejší rámec, který by naší prací získané poznatky mohl potvrdit či naopak vlivem tohoto rozměru vyvrátit. Popsané poznatky však považujeme za logické ve spojitosti s teoretickými znalostmi v této oblasti, a proto by měly spíše pomoci reflektovat současnou problematiku získaného zrakového postižení a podněcovat k případnému dalšímu zlepšení podpůrných opatření intaktní společnosti, zejména pak tématu volnočasových aktivit, jak již zmiňujeme v předešlé diskuzi, či provázanosti systému rekvalifikace s následným pracovním uplatněním. Pro případné další šetření by jistě bylo vhodné některé položky více specifikovat dle konkrétního zaměření.

7. Seznam použitých informačních zdrojů

- [1] ADÁMEK, Petr a Otakar NĚMEC. *Kvalita života a realizace principu rovných příležitostí na trhu práce* [online]. Praha: VÚPSV, 2007 [cit. 2017-04-14]. Dostupné z: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:kOErhybis_AJ:kvalitakvalit.vubp.cz/prispevky/kvalita_zivota_na_trhu_prace.doc+&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=cz
- [2] ARGYLE, Michael. *The social psychology of work*. 2. ed., repr. London [u.a.]: Penguin Books, 1999. ISBN 978-014-0134-728.
- [3] European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound). *Official website of the European Union* [online]. 2017 [cit. 2017-04-14]. Dostupné z: https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/eurofound_en
- [4] FINKOVÁ, Dita a Veronika RŮŽIČKOVÁ. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1857-5.
- [5] GABALEC, Libor. Quality of life in patients with Crohn's disease. *Folia Gastroenterol Hepatol*. Praha: Medica Healthworld, 2007, 5(2), 16-30.
- [6] GULLONE, Eleonora. a Robert A. CUMMINS. *The universality of subjective wellbeing indicators: a multi-disciplinary and multi-national perspective*. Boston: Kluwer Academic Publishers, 2002. ISBN 14-020-1044-3.
- [7] HEŘMANOVÁ, Eva. *Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu* [online]. 2012 [cit. 2017-04-14]. Dostupné z: <https://www.sav.sk/journals/uploads/09101219Hermanova%20-%20OK%20upravena%20studia.pdf>. Vysoká škola ekonomická v Praze a Metropolitní universita o.p.s., Praha.
- [8] CHRASTINA, Jan, Kateřina IVANOVÁ a Olga KREJČÍŘOVÁ. *Výzkumy subjektivní kvality života SQUALA standardizovaným dotazníkem*. Profese Online [online]. 2014, 7(1), 1-8 [cit. 2017-04-15]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: <http://profeseonline.upol.cz/pdfs/pol/2014/01/01.pdf>
- [9] JESENSKÝ, Ján. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-706-6941-1.
- [10] JESENSKÝ, Ján, ed. *Edukace a rehabilitace zrakově postižených na prahu nového milénia: sborník příspěvků z vědecké konference s mezinárodní účastí Hradec Králové, 21.-23.9.2001*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002. Aktuální otázky speciální pedagogiky. ISBN 80-704-1041-8.

- [11] JESENSKÝ, Ján. *Prolegomena systému tyflorehabilitace, metodiky tyflorehabilitačních výcviků a přípravy rehabilitačně-edukačních pracovníků tyflopédického spektra*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2007. ISBN 978-808-6723-495
- [12] JUROVSKÝ, Anton. *Osobnosť človeka pri práci*. Bratislava: Práca, 1980.
- [13] KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.
- [14] KIMPLOVÁ, Tereza. *Ztráta zraku: úvod do psychologické problematiky*. Ostrava: Pedagogická fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě, 2010. ISBN 978-80-7368-917-9.
- [15] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.
- [16] KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Iva ŠOLCOVÁ. *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni, Kongresový sál hotelu Aurora*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. ISBN 80-866-2520-6.
- [17] KULA, Luděk. *Kvalita života mladistvých a mladých dospělých* [online]. Brno, 2006 [cit. 2017-04-14]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/5597/pedf_r/. Rigorózní práce. Pedagogická fakulta, Masarykova univerzita.
- [18] KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Lea. *Oftalmopedie*. 2. dopl. vyd. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-859-3184-2.
- [19] LIBIGEROVÁ, Eva a Hana MÜLLEROVÁ. Transcultural Adaptation and Validation of the Quality of Life Questionnaire. *European Psychiatry*. 2000, **15**(2), 381-381.
- [20] LESNÝ, Jan a kol. *K pojetí rehabilitace: sborník referátů z I. celostátního zasedání somatopedických pracovníků, konaného v Praze dne 21. dubna 1961*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1962. Československá defektologie.
- [21] LUDÍKOVÁ, Libuše. *Pohledy na kvalitu života osob se senzorickým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3286-1.
- [22] LUDÍKOVÁ, Libuše. *Výzkum kvality života vybraných skupin osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978-80-244-4296-9.
- [23] MAREŠ, Jiří. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-866-3365-9.
- [24] MORAVCOVÁ, Dagmar. *Zraková terapie slabozrakých a pacientů s nízkým vizem*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-725-4476-4.
- [25] MURGAŠ, František. *Prostorová dimenze kvality života*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2012. ISBN 978-80-7372-931-8.

- [26] NAKONEČNÝ, Milan. *Motivace pracovního jednání a její řízení*. Praha: Management Press, 1992. ISBN 80-85603-01-2.
- [27] NOVÁK, Jaroslav a Vladimíra KALNICKÁ. *Šetření zdravotně postižených osob zaplnilo další bílé místo na mapě české statistiky* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2008, , 1-12 [cit. 2017-04-14]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/srv/www/content/pub/cs/odborna-knihovna/setreni-zdravotne-postizenych-osob-zaplnilo-dalsi-bile-misto-na-mape-ceske-statistiky-3385.html>
- [28] OPATŘILOVÁ, Dagmar a Dana ZÁMEČNÍKOVÁ. *Předprofesní a profesní příprava zdravotně postižených*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3718-0.
- [29] PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-725-4657-0.
- [30] *Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé Dědina, o.p.s.* [online]. Dědina, 2010 [cit. 2017-04-18]. Dostupné z: <http://www.dedina.cz/>
- [31] PEŠATOVÁ, Ilona. *Vybrané kapitoly ze speciální pedagogiky se zaměřením na tyflopédii*. 2., upr. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2005. ISBN 80-737-2004-3.
- [32] RAPLEY, Mark. *Quality of life research: a critical introduction*. Thousand Oaks, Calif.: SAGE Publications, 2003. ISBN 07-619-5457-0.
- [33] *Rehabilitačné stredisko pre zrakovo postihnutých v Levoči* [online]. Levoča: Rehabilitačné stredisko pre zrakovo postihnutých, 2005 [cit. 2017-04-18]. Dostupné z: <http://www.rszp.sk/>
- [34] ŘEHŮŘEK, Jaroslav, Lea KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ a Marie VÍTKOVÁ. *Možnosti reedukace zraku při kombinovaném postižení*. Brno: Paido, 1999. ISBN 80-85931-75-3
- [35] SIRGY, M. Joseph, David EFRATY a Phillip SIEGEL. A New Measure of Quality of Work Life (QWL) Based on Need Satisfaction and Spillover Theories. *Social Indicators Research*. 2001, **55**(3), 241-302. DOI: 10.1023/A:1010986923468. ISSN 03038300. Dostupné také z: <http://link.springer.com/10.1023/A:1010986923468>
- [36] *Sociálna rehabilitácia zrakovo postihnutých*. In: *NROZP v SR* [online]. Bratislava: Národná rada občanov so zdravotným postihnutím v SR, 2017 [cit. 2017-04-15]. Dostupné z: <http://www.nrozp.sk/index.php/soc-rehabilitacia/zrakovo-postihnuti/88-socialna-rehabilitacia-zrakovo-postihnutych>
- [37] SVOBODOVÁ, Libuše. Kvalita pracovního života – změny ve světě práce, modely, indikátory. Aktuálně otázky bezpečnosti práce [online]. Stará Lesná, Slovenská republika, 2006, 1-11 [cit. 2017-04-14]. Dostupné z: http://kvalitazivota.vubp.cz/prispevky/sbornik_kvalita_pracovniho_zivota.doc

- [38] *Únia nevidiacich a slabozrakých Slovenska* [online]. Bratislava: Únia nevidiacich a slabozrakých Slovenska, 2017 [cit. 2017-04-15]. Dostupné z: <https://www.unss.sk/sluzby-unss-pre-zp.php>
- [39] VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7.
- [40] VÁGNEROVÁ, Marie. *Oftalmopsychologie dětského věku: [skripta pro posluchače pedagogické fakulty]*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-718-4053-X.
- [41] VRUBEL, Martin, Petra RÖDEROVÁ a Nora JÁGEROVÁ. *Education, support and rehabilitation for people with visual impairments*. Brno: Masaryk University, 2017. ISBN 978-80-210-8456-8.
- [42] WIENER, Pavel. *Prostorová orientace a samostatný pohyb zrakově postižených*. Praha: Avicenum, 1986.
- [43] ZELINKOVÁ, Klára. *Posilování sociálních a pracovních kompetencí osob se zrakovým postižením*. 2007. Diplomová práce. Pedagogická fakulta, Masarykova univerzita. Vedoucí práce Petra Hamadová.

8. Seznam příloh

- Příloha 1 – Dotazník kvality života (SQUALA) – česká verze

8.1. Příloha 1

Dotazník kvality života

Vážený pane, vážená paní,

Cílem tohoto dotazníku je hodnocení aktuální kvality Vašeho života.

Dotazník má 4 části. V první části Vás chci požádat o vyplnění základních údajů o Vaší osobě (věk, vzdělání apod.) V druhé části dotazníku Vás prosím, abyste odpověděl/a, jaké hodnoty považujete v životě za důležité, jak si jich ceníte. Ve druhé části zjišťuji, nakolik jste Vy osobně momentálně spokojen/a v různých oblastech životních hodnot, uvedených v části předešlé. V části poslední se otázky soustředí na Vaši spokojenost se střediskem, plány do budoucnosti a podobně.

Odpovědi jsou anonymní a důvěrné. Následné zpracování bude omezeno jen na vyhodnocení získaných údajů, získaná data nebudou použita k jakýmkoli komerčním účelům.

Děkuji Vám za spolupráci na mé výzkumné práci.

DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Zakroužkujte, prosím, odpovídající položky:

1) POHLAVÍ: muž ☐ žena ☐

2) VĚK (doplňte číslem):

3) BYDLÍTE V:

- ☐ obci do 10 000 obyvatel
☐ městě nad 10 000 do 50 000 obyvatel
☐ městě nad 50 000 do 100 000 obyvatel
☐ velkoměstě nad 100 000 obyvatel

4) UKONČENÉ VZDĚLÁNÍ

- ☐ neukončené základní
☐ základní
☐ střední bez maturity
☐ střední s maturitou
☐ vysokoškolské

5) ZAMĚSTNÁNÍ - uveďte své předchozí zaměstnání:

- vyberte z uvedených důvodů:

- ☐ studující
- ☐ v invalidním důchodu
- ☐ v domácnosti
- ☐ ztráta práce
- ☐ jiné:

6) HMOTNÉ ZABEZPEČENÍ

Jak byste v porovnání s ostatními rodinami (popř. jednotlivci v případě, že žijete sám/sama) hodnotil/a svou finanční situaci a hmotné zabezpečení (vyberte z možností):

- ☐ výrazně podprůměrné
- ☐ mírně podprůměrné
- ☐ průměrné
- ☐ mírně nadprůměrné
- ☐ výrazně nadprůměrné

7) DÉLKA POBYTU VE STŘEDISKU

Jak dlouho jste klientem rehabilitačního a rekvalifikačního střediska? (uveďte počet týdnů/měsíců)

.....

8) VZTAHY S VLASTVNÍ RODINNOU

Udržujete kontakt s rodinou? (vyberte z možností)

- ☐ pravidelně udržuji
- ☐ občas se navštěvujeme
- ☐ nenavštěvujeme se, ale víme o sobě
- ☐ žádný kontakt neudržujeme

9) RODINNÝ STAV:

- ☐ svobodný/á
- ☐ ženatý/vdaná, s druhem

☐ rozvedený/á

☐ vdovec/vdova

10) MÁTE DĚTI?

☐ ano ☐ ne

11) PRIMÁRNÍ (OČNÍ) DIAGNÓZA A JEJÍ PŘÍČINA.....

12) SEKUNDÁRNÍ DIAGNÓZA

HODNOCENÍ DŮLEŽITOSTI

V této tabulce zaznamenejte důležitost, kterou ve svém životě přisuzujete zde uvedeným oblastem.

	Nezbytné	Velmi důležité	Středně důležité	Málo důležité	Bezvýznamné
1) být zdravý					
2) být fyzicky soběstačný					
3) cítit se psychicky dobře					
4) příjemné prostředí a bydlení					
5) dobře spat					
6) rodinné vztahy					
7) vztahy s ostatními lidmi					
8) mít a vychovávat děti					
9) postarat se o sebe					
10) milovat a být milován					
11) mít sexuální život					
12) zajímat se o politiku					
13) mít víru (např.náboženství)					
14) odpočívat ve volném čase					
15) mít koníčky ve volném čase					
16) být v bezpečí					
17) práce					
18) spravedlnost					
19) svoboda					
20) krása a umění					
21) Pravda					
22) peníze					
23) dobré jídlo					

Je ještě něco jiného, co považujete v životě za důležité?

HODNOCENÍ AKTUÁLNÍ SPOKOJENOSTI

Posuďte, do jaké míry se cítíte v uvedených oblastech svého života aktuálně spokojen/a a zaškrtněte příslušné okénko.

	Zcela spokojen	Velmi Spokojen	Spíše spokojen	Ne- spokojen	Velmi zklamán
24) zdraví					
25) fyzická soběstačnost					
26) psychická pohoda					
27) prostředí, bydlení					
28) spánek					
29) rodinné vztahy					
30) vztahy s ostatními					
31) děti					
32) péče o sebe sama					
33) láska					
34) sexuální život					
35) účast v politice					
36) víra					
37) odpočinek					
38) koníčky					
39) pocit bezpečnosti					
40) práce					
41) spravedlnost					
42) svoboda					
43) krása a umění					
44) Pravda					
45) peníze					
46) jídlo					

4. část

1. Co Vám dělá největší problémy? Uvedené položky, prosím, oznámujte číslem 1 až 5.

1 – nedělalo žádné problémy, 2 – s menšími obtížemi, 3 – dělalo problémy, ale zvládl jsem to, 4 – dělalo mi velké problémy, 5 – dosud jsem to nezvládl

- ☐ Akceptace Vaší diagnózy
- ☐ Psychická adaptace na nově vzniklou situaci
- ☐ Změna dosavadního životního stylu
- ☐ Prostorová orientace a samostatný pohyb
- ☐ Sebeobslužné činnosti
- ☐ Využití speciálních kompenzačních pomůcek
- ☐ Rekvalifikace

2. Musel/a jste velmi slevit ze svých nároků a vzdát se životních cílů?

Oznámujte prosím číslem 1 až 5, když hodnota 1 značí žádné změny a hodnota 5 absolutní.

☐

3. Plánujete pokračovat ve svém zaměstnání nebo se rekvalifikujete na jiné povolání – jaké?

.....

4. Máte pocit, že žijete plnohodnotný a samostatný život?

Oznámujte prosím číslem 1 až 5, když nejnižší hodnota značí nejmenší spokojenost.

☐

5. V čem vidíte v současnosti největší omezení?

6. Jaké máte plány a cíle do budoucna?

7. Jste spokojen/a se současnou nabídkou rekvalifikačních kurzů?

8. Jaké kurzy Vám v současné nabídce chybí?

9. Jste spokojen/a s celkovým průběhem Vašeho pobytu, vnímáte ho jako omezení v porovnání s Vaším běžným životem?

10. Jak hodnotíte středisko z hlediska

Oznámujte prosím číslem 1 až 5, když nejnižší hodnota značí nejmenší spokojenost.

- Vybavení ☐
- Bydlení ☐
- Strava ☐
- Personál ☐
- Kompenzační pomůcky ☐
- Volnočasové činnosti ☐
- Komunikace, vztahy mezi
ostatními klienty ☐